

Психическая травма и психологические особенности личности пациентов с рассеянным склерозом как предикторы посттравматического стрессового расстройства и мишени психотерапии

Оригинальная статья

Андреева М.Т.¹, Караваева Т.А.^{2,3,4,5}, Калинин И.В.¹

¹Санкт-Петербургский городской центр рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний, Россия

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

⁴Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

⁵Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В статье описываются психологические особенности личности пациентов с рассеянным склерозом (РС), которые можно выделить как основные мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР). Всего было обследовано 127 пациентов с РС, из которых у 61 пациента были выявлены симптомы ПТСР, развившегося в связи с основным заболеванием. В контрольную группу вошли 67 пациентов с РС, устойчивых к стрессовому воздействию. Для оценки структуры личности и психики использовался Я-структурный тест Аммона (Г. Аммон, 1976, адаптация Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Е. В. Бродская, 1998). Для определения уровня жизнестойкости, которая определяется как способность пациента ориентироваться в кризисной ситуации и выходить из стресса с минимальным ущербом для ментального и физического здоровья, использовался тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова, 2006).

В результате проведенного исследования было выявлено, что пациенты основной группы имеют существенно более низкие баллы по всем шкалам опросника жизнестойкости («вовлеченность», «контроль», «принятие риска»). Вместе с тем пациенты с ПТСР характеризуются более высоким уровнем деструктивных и дефицитарных проявлений Я-функций по шкале Аммона в отличие от пациентов контрольной группы. Сниженные характеристики жизнестойкости, преобладание дефицитарных и деструктивных личностных структур являются предикторами возникновения посттравматического стрессового расстройства у пациентов с РС. Выявленные психологические феномены должны являться мишенями психопрофилактического и психотерапевтического воздействия в комплексных программах лечения и реабилитации этих пациентов.

Ключевые слова: мишени психотерапии, коморбидное психическое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), жизнестойкость, стрессоустойчивость, мишени психотерапии.

Информация об авторах:

Андреева Мария Трофимовна — e-mail: ascella777@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2327-4771>

Караваева Татьяна Артуровна — e-mail: tania_kar@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Калинин Иван Владимирович — e-mail: i.vl.kalinin@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8297-1529>

Как цитировать: Андреева М.Т., Калинин И.В., Караваева Т.А. Психическая травма и психологические особенности личности пациентов с рассеянным склерозом как предикторы посттравматического стрессового расстройства и мишени психотерапии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2022; 56:3:30-38. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-3-30-38>

Конфликт интересов: Т.А. Караваева является членом редакционной коллегии.

Psychic trauma and mental characteristics of patients with multiple sclerosis as predictors of post-traumatic stress disorder and targets for psychotherapy

Research article

Andreeva M.T.¹, Karavaeva T.A.^{2,3,4,5}, Kalinin I.V.¹

¹ City Center of MS and Autoimmune Diseases, St. Petersburg, Russia

² V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

³ Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

⁴ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

⁵ National Medical Research Center of Oncology Named after N.N. Petrov, St. Petersburg, Russia

Summary. The article describes the psychological characteristics of the personality of patients with multiple sclerosis (MS), which can be identified as the main targets of psychotherapy for comorbid post-traumatic stress disorder (PTSD). A total of 127 patients with MS were examined, of which 61 patients had symptoms of PTSD that developed in connection with the underlying disease. The control group included 67 MS patients resistant to stress. To assess the structure of personality and psyche, Ammon's I-structural test was used (G. Ammon, 1976, adaptation by Yu. Ya. Tupitsin, V. V. Bocharov, T. V. Alkhazova, E. V. Brodskaya, 1998). To determine the level of resilience, which is defined as the patient's ability to navigate in a crisis situation and get out of stress with minimal damage to mental and physical health, D.A. Leontiev (D.A. Leontiev, E.I. Rasskazova, 2006).

As a result of the study, it was revealed that patients of the main group have significantly lower scores on all scales of the resilience questionnaire ("involvement", "control", "risk acceptance"). At the same time, patients with PTSD are characterized by a higher level of destructive and deficient manifestations of self-functions on the Ammon scale, in contrast to patients in the control group. Decreased characteristics of hardiness, the predominance of deficient and destructive personality structures are predictors of the onset of post-traumatic stress disorder in patients with MS. The revealed psychological phenomena should be the targets of psychoprophylactic and psychotherapeutic influence in complex programs for the treatment and rehabilitation of these patients.

Key words: psychotherapy targets, comorbid mental disorder, post-traumatic stress disorder (PTSD), resilience, stress tolerance, psychotherapy targets.

Information about the authors:

Mariia T. Andreeva — e-mail: ascella777@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2327-4771>

Tatiana A. Karavaeva — e-mail: tania_kar@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Ivan V. Kalinin — e-mail: i.v.kalinin@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8297-1529>

To cite this article: Andreeva MT, Kalinin IV, Karavaeva TA. Psychic trauma and mental characteristics of patients with multiple sclerosis as predictors of post-traumatic stress disorder and targets for psychotherapy. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:3:30-38. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-3-30-38>. (In Russ.)

Conflict of interest: Tatiana A. Karavaeva is a member of the editorial board.

Диапазон клинических проявлений рассеянного склероза варьирует от минимальных неврологических нарушений до быстро прогрессирующих, приводящих к инвалидизации и изменению привычного образа жизни. Возникающие функциональные нарушения и физические ограничения могут стать источником дистресса. Непредсказуемость и вариабельность течения рассеянного склероза (РС) зачастую приводят к нарушению адаптации. Кроме того, постановка диагноза заболевания, которое носит жизнеугрожающий характер или потенциально приводит к стойкой инвалидизации и утрате качества жизни, может лежать в основе формирования тревожных и депрессивных расстройств, а в ряде случаев и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). К таким заболеваниям наряду с онкологическими болезнями, ВИЧ — инфекцией, заболеваниями сердца, ревматоидным артритом относится и рассеянный склероз [9, 14, 16, 26, 27]. Однако, обращает на себя внимание тот факт, что

далеко не у всех, кто подвергся влиянию одного и того же стрессового события, развивается ПТСР [15, 17].

Для формирования ПТСР имеют значение как характеристики заболевания, вызвавшего данное расстройство, так и субъективное восприятие своего состояния самим пациентом. Предполагается, что основными факторами, потенцирующими риск развития ПТСР являются: информационная неопределенность, угроза жизни, а также угроза качеству жизни [10, 14, 16], слом установленного психофизиологического функционирования (стереотипа), когнитивная перестройка личностных ценностей, моральная оценка происходящих событий [1]. Особое внимание уделяется таким характерологическим особенностям, как эмоциональная лабильность, повышенная тревожность, биологическая ранимость, возбудимость, импульсивность [1]. Существует положение о наличии обратной зависимости между массивностью психической травмы и ранимостью нервной

системы: чем более чувствительна нервная система, тем меньшая интенсивность травмы необходима для её поражения [6].

Одним из ключевых факторов для развития ПТСР при соматических заболеваниях является феномен неопределенности [3]. Многие авторы указывают на то, что высокий уровень неопределенности течения заболевания часто связан с высоким уровнем стресса, связанного с госпитализацией и процедурными мероприятиями [23], меньшей надеждой на выздоровление [28] и что особенно важно — с эмоциональным дистрессом и эмоциональной дезадаптацией, особенно тревогой, напряжением, гневом и депрессией [19, 21, 22, 24]. Обращает на себя внимание тот факт, что тревожно — депрессивные расстройства встречается у 30-40 % пациентов с РС [12, 20], соответственно можно предположить, что данная группа пациентов наиболее уязвима. Вместо с тем D. Brashers указывает на то, что улучшение в состоянии здоровья хронически больного человека может также являться источником неопределенности [13]. Пациенты, которые сталкиваются с опытом длительной ремиссии, испытывают тревогу и беспокойство относительно вероятного рецидива болезни, своих способностей справляться с повседневными стрессорами и тех последствий, которые обусловлены влиянием их состояния здоровья на социальные отношения [11, 13, 14]. Трудности в постановке диагноза, двойственность симптомов болезни, неясность в ее прогнозе, отсутствие информации о возможных способах лечения могут формировать ощущение неопределенности у пациентов не только в отношении собственного здоровья, но и их финансового благополучия, социальных реакций других и дальнейших возможностях в профессиональной жизни [3, 21].

Многие авторы отмечают, что для формирования ПТСР при тяжёлых соматических заболеваниях, большое значение имеет наличие предшествующего травматического опыта, а также определенных преморбидных психологических особенностей больных [1, 18, 26, 27]. С личностными характеристиками тесно связано понятие антиципации [5, 8]. Под антиципацией в психологии понимается способность (в самом широком смысле) действовать и принимать те или иные решения с определенным временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемых, будущих событий [4]. Именно антиципация обеспечивает формирование цели, планирование и программирование поведения и деятельности, она включается в процессы принятия решения, текущего контроля и в коммуникативные акты. Кроме этого, понятие коммуникативной компетентности тесно связано с понятием антиципационной состоятельности (прогностической компетентности). Коммуникативная компетентность предполагает ситуативную адаптивность и свободное владение вербальными и невербальными средствами социального поведения, умение быстро и адекватно ориентироваться в многочисленных и разноо-

бразных коммуникативных ситуациях, овладение эффективной техникой общения. Считается, что социально-психологическая компетентность является одной из определяющих в развитии стрессоустойчивости человека [7].

В литературе имеются данные о том, что при рассеянном склерозе происходят структурные и функциональные изменения в некоторых областях головного мозга (в частности, активация области гиппокампа, скорлупы, задней поясной извилины), которые связаны с ожиданием и обработкой результатов [25]. Эти особенности могут играть роль в развитии антиципационной несостоятельности.

При исследовании психосоциальных последствий РС было выявлено, что большинство пациентов испытывают трудности в адаптации к своему заболеванию в раннем периоде болезни. Наличие рассеянного склероза в некоторых случаях приводило к ухудшению отношений с окружающими ввиду неуверенности окружающих в надёжности партнерских качеств пациентов. Ряд пациентов сообщали о чувстве печали, связанном с утратой независимости от окружающих, а также неуверенности в будущем [2].

Цель исследования: выявить предикторы развития ПТСР у пациентов с РС, изучить индивидуальные психологические особенности пациентов с ПТСР, связанные с развитием основного заболевания (РС).

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, выявленным 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. Пациенты с РС, не имеющие признаков ПТСР, сопоставимые с основной группой по полу, возрасту, степени инвалидизации, длительности течения заболевания были отобраны в группу сравнения. Всего в исследовании приняли участие 127 пациентов с РС в возрасте от 19 до 49 лет (средний возраст $\pm$ стандартное отклонение (СО) — $31,19 \pm 7,17$), из них 89 (70,1%) женщин и 38 (29,9%) мужчин. Критериями включения являлись: возраст пациентов от 18 до 65 лет, наличие установленного диагноза РС в соответствии с критериями Мак Дональда. Критерии не включения в исследование: текущая терапия глюкокортикоидами (ГКС) или терапия ГКС в течение месяца до проведения исследования, наличие пси-

хических 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 гг.

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

2. Я-структурный тест Аммона (Г. Аммон, 1976, адаптация Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Т. В. Алхазова, Е. В. Бродская, 1998). Клиническая тестовая методика, разработанная Г. Аммоном в 1997 году на основании концепции динамической психиатрии. Согласно теории Г. Аммона, структура личности и психики определяется набором выраженных в той или иной степени «Я-функций», вместе составляющих идентичность. Шкалы оценивают соотношения конструктивных, деструктивных и дефицитарных проявлений основных шести Я-функций: Агрессия, Тревога/страх, Внешнее отграничение Я, Внутреннее отграничение Я, Нарциссизм и Сексуальность. Разработанная на основе результатов теста методика определения психического здоровья (МОПЗ) позволяет оценить индикаторы конструктивного здорового потенциала индивида определяющие ресурсы его психического здоровья и стрессоустойчивость.

3. Тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова, 2006), направлен на исследование системы убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Шкала включает в себя три компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Статистический анализ производился в среде R. Данные были проверены на нормальность распределения визуально при помощи квантильных графиков (функция qqPlot, из пакета car). Сравнения значений в двух несвязанных группах с ранговыми или неправильно распределёнными количественными данными производилось при помощи критерия Манна-Уитни (функция wilcox.test). Для нормально распределённых данных использовался Т-тест в модификации Уэлча (функция t.test). Для интерпретации величины эффекта и апостериорного сравнения групп выполнялись Cramer's V тест и попарный post-hoc z-тест с коррекцией Бонферрони, соответственно. Статистически значимыми принимались значения с достигнутым уровнем значимости (p -value) < 0.05 . Для поправки на множественные сравнения использовался метод Хольма-Бонферрони (функция p.adjust).

Результаты исследования и обсуждение

Развитие хронического, прогрессирующего, потенциально инвалидизирующего заболевания может стать источником постоянного стресса. Насколько эффективно человек способен преодолевать стрессовые ситуации во многом определяется его личностными качествами. Тест жизнестойкости, разработанный С.Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, позволяет определить, насколько человек потенциально стрессоустойчив. Жизнестойкость представляет собой систему убеждений о собственной личности и окружающем мире, об отношении к этому миру и происходящих в нем событиях через отношение с ним. Понятие жизнестойкости включает в себя три компонента: вовлеченность, контроль и принятие риска. Более высокие показатели по всем этим шкалам свидетельствуют о высокой жизнестойкости и способности быть менее подверженным стрессу и лучше с ним справляться.

Изучение показателей жизнестойкости пациентов основной и контрольной групп показало статистически значимые различия между группами по всем шкалам (Табл.1).

Данные представлены как среднее (стандартное отклонение); для сравнений использовался Т-тест в модификации Уэлча; для поправки на множественные сравнения применялся метод Хольма-Бонферрони.

Таблица 1. Сравнение средние групповых значений характеристик теста «Жизнестойкости»
Table 1. Comparison of average group values of the characteristics of the «Vitality» test

Переменная	Пациенты без ПТСР n = 66	Пациенты с ПТСР n = 61	p-value (с учётом поправки на множественные сравнения)
Вовлечённость	37.62 ± 9.04	29.95 ± 8.97	< 0.001
Контроль	30.17 ± 7.53	24.52 ± 6.96	< 0.001
Принятие риска	16.94 ± 5.03	13.62 ± 5.34	< 0.001
Жизнестойкость	84.73 ± 16.69	67.43 ± 20.91	< 0.001

В группе пациентов, имеющих симптомы ПТСР, выявлены значимо более низкие показатели по шкалам вовлеченности, контроля и принятия риска. Выявленные различия свидетельствуют о том, что пациенты основной группы в меньшей степени способны вовлекаться в события, происходящие в их жизни в связи с внутренним чувством отвергнутости и не причастности к этому миру. Они склонны к более пессимистичной оценке результатов своей деятельности, что, конечно, сказывается и на их отношении к течению заболевания.

Пациенты группы контроля настроены более оптимистично относительно прогноза болезни. Они убеждены, что борьба может повлиять на результат происходящего, т.е. от того, насколько активно они будут участвовать в лечении и прохождении необходимых рутинных обследований (выполнение МРТ, регулярные инъекции и/или инфузии препарата, приём таблеток, оценка лабораторных показателей), зависит характер течения болезни и возможность развития благоприятного «сценария» — отсутствия обострений и прогрессирования заболевания. Пациенты же основной группы не уверены в собственных силах и в том, что способны хоть как-то повлиять на прогноз, что в ряде случаев может приводить к низкому комплаенсу и ощущению собственной беспомощности.

Принятие риска характеризуется тем, что человек способен извлекать опыт из ситуации болезни, что может способствовать развитию и обогащению личности. Так, пациенты могут говорить о том, что в связи с заболеванием стали более внимательно относиться к собственному организму, своим потребностям, что привело к пересмотру системы ценностей и убеждений и позволило вести в целом более здоровый образ жизни, бережно относиться к себе и окружающим. Принятие риска также позволяет пациентам более активно включаться в обсуждение модифицирующей терапии, справляться с побочными действиями препаратов, переносить болезненные процедуры инъекций и внутривенных инфузий. К тому же эффективность терапии ПИТРС составляет около 30-60%, а значит, пациенты всегда должны быть готовы принять на себя риск развития обострения, несмотря на проводимое лечение, а также быть открыты к обсуждению возможности смены терапии. Пациенты основной группы, не получая надежных гарантий успеха, зачастую склонны бросать начатую терапию или не придерживаются кратности введения препаратов, считая, что заранее обречены на «провал», т.е. развития обострения и/или прогрессирования. Такая убежденность создает «порочный круг» и в действительности может привести пациента к развитию неблагоприятного сценария.

Таким образом, пациенты основной группы, имея низкие показатели по всем шкалам теста жизнестойкости, более подвержены стрессогенному влиянию заболевания и сопряженной с ним терапии, что может приводить к ощущению от-

вергнутости, беспомощности, пассивности и впоследствии к развитию коморбидного психического расстройства.

Для более глубокого исследования структуры личности была использована русскоязычная версия Я-структурного теста Аммона. Результаты психодиагностического исследования пациентов основной и контрольной групп представлены в Табл.2.

В основной группе по сравнению с группой контроля выявлены достоверно более высокие показатели по следующим шкалам: агрессия деструктивная и дефицитарная, тревога деструктивная и дефицитарная, внешнее я — отграничение деструктивное и дефицитарное, внутреннее я — отграничение дефицитарное, нарциссизм деструктивный.

Конструктивная агрессия лежит в основе продуктивной жизненной активности, способности к поддержанию межличностных отношений, возможности отстаивать свои взгляды и убеждения. В случае деструктивной агрессии нормальная способность к конструктивному взаимодействию с окружающим миром нарушается. Так у пациентов основной группы повышены баллы по шкале деструктивной агрессии, что говорит о проблемах в межличностных отношениях, которые зачастую проявляются в неспособности принимать помощь и поддержку от других людей, склонности к обесцениванию. Пациенты данной группы склонны избегать активного конструктивного взаимодействия, предаваясь разрушительным фантазиям. Кроме того, они зачастую плохо контролируют свои эмоции и чаще подвержены неожиданным вспышкам агрессии. Дефицитарная агрессия проявляется в избегании ответственности и принятия решения. Высокий уровень дефицитарной агрессии у пациентов основной группы зачастую связан с неадекватной оценкой своего состояния, преувеличением тяжести своего состояния и ощущением бессмысленности дальнейшей жизни. Болезнь представляется непреодолимой трудностью, непосильным вызовом, что приводит к ощущению собственного бессилия. При этом пациенты не могут открыто сказать о своих чувствах и переживаниях, что усугубляет имеющиеся трудности в построении межличностных отношений.

Высокие показатели по шкале деструктивной тревоги связаны с неадекватной оценкой своего состояния, преувеличением имеющихся рисков, а также с дисфункциональным беспокойством о прогрессировании заболевания или развитии тяжелого инвалидизирующего обострения. Пациенты склонны к повышенной тревожности, вызванной невозможностью контролировать течение заболевания. Склонности переоценивать серьезность своих симптомов, высокую тревогу, связанную с фантазиями о неблагоприятном исходе: страх быть прикованным к инвалидному креслу, или утрате иных функций организма, приводящих к зависимости от окружающих.

В ряде случаев пациенты не способны почувствовать тревогу в принципе — это проявление де-

Таблица 2. Сравнение среднегрупповых значений характеристик Я-структурного тест Аммона
Table 2. Comparison of mean group values of the characteristics of Ammon's R-structural test

Переменная	Пациенты без ПТСР n = 66	Пациенты с ПТСР n = 61	p-value (с учётом поправки на множественные сравнения)
Общая конструктивность (Co), Т-балл1	7.62 (2.15)	7.19 (1.9)	1.0*
Общая деструктивность (De), Т-балл1	3.48 (1.32)	4.96 (1.63)	< 0.001*
Общая дефицитарность (Df), Т-балл1	3.33 (1.54)	5.13 (2)	< 0.001*
Адаптационный потенциал (Adp)1	4.14 (2.98)	2.23 (2.89)	0.005*
Потенциал психической активности личности испытуемого (Pac)1	4.3 (3.33)	2.06 (3.29)	0.003*
Интегральный диагностический показатель «Я-идентичность» (Re)1	0.82 (4.32)	-2.89 (4.55)	< 0.001*
Коэффициент тенденции гуман-фактора (Td gfk)1	1.33 (0.81, 1.69)	0.74 (0.52, 1.01)	< 0.001*
Агрессия конструктивная2	38.38 (29.37, 51.89)	38.38 (28.24, 47.39)	1.0**
Агрессия деструктивная2	52.37 (45.70, 58.20)	59.03 (52.37, 65.70)	0.003**
Агрессия дефицитарная2	45.68 (40.83, 54.17)	60.24 (49.32, 65.10)	< 0.001**
Тревога конструктивная2	44.21 (35.16, 53.26)	48.73 (39.68, 53.26)	1.0**
Тревога деструктивная2	51.92 (46.87, 62.02)	62.02 (51.92, 72.12)	< 0.001**
Тревога дефицитарная2	46.05 (41.50, 50.59)	57.41 (46.05, 64.23)	< 0.001**
Внешнее Я-отграничение конструктивное2	47.35 (39.51, 51.84)	42.87 (33.90, 47.35)	0.13**
Внешнее Я-отграничение деструктивное2	46 (38.42, 55.09)	55.09 (49.03, 67.21)	< 0.001**
Внешнее Я-отграничение дефицитарное2	52.06 (43.09, 56.55)	61.03 (52.06, 70.00)	0.002**
Внутреннее Я-отграничение конструктивное2	45.97 (41.12, 50.83)	41.12 (31.41, 50.83)	0.13**
Внутреннее Я-отграничение деструктивное2	51.7 (39.58, 57.76)	57.76 (51.70, 63.82)	0.08**
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное2	46.91 (42.89, 54.94)	62.97 (54.94, 71.00)	< 0.001**
Нарциссизм конструктивный2	45.87 (41.06, 54.28)	41.06 (31.44, 50.67)	0.8**
Нарциссизм деструктивный2	42.58 (38.79, 52.68)	57.73 (47.63, 67.83)	0.001**
Нарциссизм дефицитарный2	47.64 (42.71, 57.49)	52.56 (47.64, 67.34)	0.1**
Сексуальность конструктивная2	48.15 (41.15, 55.14)	48.15 (36.78, 55.14)	1.0**
Сексуальность деструктивная2	44.84 (40.97, 48.72)	44.84 (40.97, 52.60)	1.0**
Сексуальность дефицитарная2	45.47 (40.79, 50.14)	45.47 (40.79, 54.81)	1.0**

¹ — данные представлены как среднее (стандартное отклонение); ² — данные представлены как медиана (25-й и 75-й перцентиль); * — для сравнений использовался Т-тест в модификации Уэлча; ** — для сравнений использовался критерий Манна-Уитни; для поправки на множественные сравнения применялся метод Хольма-Бонферрони.

фицитарного страха. Отсутствующий страх проявляется в ощущении усталости и пустоты. Однако это может быть связано как самим течением заболевания — патологическая утомляемость, существенно затрудняющая повседневную активность, может влиять и на психологическую «заторможенность» таких пациентов, склонности к «экономии» энергии за счет сдерживания своих чувств.

У пациентов основной группы также наблюдаются проблемы как с внешним, так и внутренним Я — отграничением, т.е. трудности с проведением границ между «Я» и внешним окружением и «Я» и внутреннее психическое. В данном случае под «Я» понимается индивид, как субъект своих мыслей, чувств, эмоций (близко к инстанции Эго в топической диагностике Фрейда) [9]. Высокие баллы по показателю деструктивного внешнего Я — отграничения выражается в неспособности выстраивания конструктивных межличностных отношений. Такие пациенты склонны к эмоциональному дистанцированию, закрытости, отсутствию гибкости при построении коммуникаций. Зачастую это проявляется в неспособности свободно поддерживать коммуникацию со «здоровыми» людьми. Появляется ощущение отчужденности и разделения людей на «своих и чужих» по принципу наличия заболевания (рассеянного склероза). Такое выстраивание «барьера» негативно сказывается на межличностных отношениях и уменьшает возможную вероятность получения помощи и поддержки от окружающих.

В случае же преобладания дефицитарного Я — отграничения, пациенты склонны к чрезмерной зависимости от окружающих, склонностью к симбиотическому слиянию в близких отношениях. Таким пациентам трудно отстаивать свои границы, формулировать свои ценности, обозначать круг интересов. Это отражается и в коммуникации с лечащим врачом. Пациенту сложно принять решение относительно тактики лечения. Склонность к «перекладыванию ответственности» на врача при выборе терапии ПИТРС. Фактически пациент не способен конструктивно участвовать в беседе и принимать совместное решение. Также такие пациенты больше ориентируются на мнение окружающих и зачастую не способны адекватно оценить собственное состояние, особенности клинико — радиологических данных своего заболевания. Поэтому принятие решения осуществляется на основании того, что посоветуют другие пациенты, и/или значимые близкие, а не исходя из собственных убеждений, сформулированных на основании объективной информации, полученной от врача. Всё это может приводить к низкому комплаенсу и ухудшению течения заболевания.

Дефицитарность Я-отграничения, к которой склонны пациенты основной группы, понимается как невозможность формирования собственной идентичности. Пациенты «переполнены» трудно распознаваемыми чувствами и эмоциями, что внешне может выражаться в чрезмерной тревож-

ности и возбудимости. Однако эта тревога носит дисфункциональный характер, так как не способствует большей вовлеченности пациента в процесс лечения. Напротив, «катастрофизация» симптомов ведёт к неадекватности в восприятии собственного состояния и как следствие к убежденности в негативном сценарии заболевания.

Высокий уровень по шкале деструктивного нарциссизма говорит о неспособности пациентов к реальной оценке себя и своих возможностей. Высока убежденность в том, что заболевание делает человека «неполноценным», неспособным активно включаться в социальные процессы. Пациенты испытывают трудности в принятии себя и своего заболевания, а также связанных с ним возможных ограничений. Это приводит к убежденности в «несправедливости» происходящего, высокому уровню обиды и агрессии. Пациенты переполнены чувством разочарования и фрустрированы неопределенностью прогноза заболевания. Концентрация на своих негативных чувствах и убеждениях не позволяет пациентам адекватно оценивать происходящее. Такие пациенты испытывают трудности при поиске работы, а также построении близких отношений.

Выводы

Рассеянный склероз может стать триггером для развития симптомов посттравматического стрессового расстройства, что в свою очередь способствует развитию стойких эмоциональных и поведенческих нарушений, невозможности адекватно планировать и принимать решения в сложившейся ситуации. По результатам проведенного исследования сложно сказать, являются ли выявленные нарушения причиной или следствием травматического события, коим является постановка диагноза хронического неврологического потенциально инвалидизирующего заболевания. Так было установлено, что большинство пациентов основной группы чувствуют свою изоляцию и отчужденность от «здоровых» людей и испытывают трудности в установлении теплых человеческих отношений.

Они склонны к более пессимистичной оценке себя и результатов своей деятельности, не уверены в собственных силах и в том, что способны хоть как-то повлиять на течение заболевания, что в ряде случаев может приводить к фиксации на негативных сценариях развития болезни и низкой приверженности терапии. Пациенты переполнены чувством разочарования и фрустрированы неопределенностью прогноза заболевания. Концентрация на своих негативных чувствах и убеждениях не позволяет пациентам адекватно оценивать происходящее. Пациенты данной группы склонны избегать активного конструктивного взаимодействия с окружающими, в том числе и с лечащим врачом. Неадекватная оценка своего состояния, преувеличение тяжести заболевания приводит к тому, что болезнь представляется непреодолимой трудностью. Таким пациентам

сложно принять решение относительно тактики лечения и брать ответственность за имеющиеся риски проводимой терапии. Всё это может привести к ранней инвалидизации и потере трудоспособности.

Полученные данные имеют существенное значение для разработки персонифицированной комплексной стратегии лечения в отношении конкретного пациента. Психокоррекционные и психотерапевтические интервенции целесообразно фокусировать в нескольких направлениях. В-первых, оценка факторов риска развития ПТСР должна учитываться при организации первичной медико-психологической профилактики. В этом случае коррекционное воздействие направлено на предупреждение возможного развития психических нарушений, в т.ч. и ПТСР, у больных с РС. Во-вторых, для пациентов с развившимся ПТСР

присоединение мишенецентрированной психотерапии и психофармакотерапии к основной линии лечения является необходимым условием сохранения и поддержания психического здоровья, обеспечивающим реализацию биопсихосоциальной концепции современной медицины. В-третьих, реабилитационные мероприятия, направленные на стабилизацию эмоционального состояния, восстановление максимального уровня функционирования, социализацию способствует повышению качества жизни больных РС и расширению их адаптационных ресурсов.

Таким образом, раннее выявление пациентов, находящихся в группе риска развития заболевания, а также своевременное выявление пациентов с симптомами ПТСР может существенно улучшить прогноз и усилить приверженность пациентов проводимой терапии.

Литература / References

1. Близнюк А.И. Посттравматическое стрессовое расстройство у комбатантов, клиника, диагностика, коррекция. Военно-медицинский журнал. Минск, 2005;1:31-40.
Bliznyuk AI. Post-traumatic stress disorder in combatants, clinic, diagnosis, correction. Voenno-meditsinskii zhurnal. Minsk, 2005;1:31-40. (In Russ.).
2. Васильева Н.В. Медико -психологическое сопровождение больных рассеянным склерозом в системе комплексного лечения и реабилитации. Диссертация канд. Мед. Наук. Чебоксары, 2017.
Vasileva N.V. Mediko-psikhologicheskoe soprovozhdenie bol'nykh rasseyannym sklerozom v sisteme kompleksnogo lecheniya i reabilitatsii. Dissertatsiya kand. Med. Nauk. Cheboksary, 2017. (In Russ.).
3. Лифинцева А.А., Деркач Т.Д., Штолде Н. Феномен неопределенности как субъективный опыт пациента в ситуации болезни. Клиническая и специальная психология. 2018;7(1):1-12. doi: 10.17759/psyclin.2018070101
Lifintseva AA, Derkach TD, Shtolde N. Phenomenon of uncertainty as a subjective experience of patient in illness. Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya. 2018;7(1):1-12. doi: 10.17759/psyclin.2018070101 (In Russ.).
4. Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н. Антиципация в структуре деятельности. М. 1980.
Lomov B.F., Surkov E.N. Antitsipatsiya v strukture deyatel'nosti. M. 1980. (In Russ.).
5. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврогенеза. Психологический журнал. 1996;4:107-115.
Mendelevich VD. Anticipatory mechanisms of neurogenesis. Psikhologicheskii zhurnal. 1996;4:107-115. (In Russ.).
6. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. «Неврология и психосоматическая медицина». М.: МЕД пресс-информ. 2002.
Mendelevich V.D., Solov'eva S. L. «Nevrozologiya i psikhosomaticheskaya meditsina». M.: MED press-inform. 2002. (In Russ.).
7. Нечипоренко Н.П., Менделевич В.Д. Феномен антиципационных способностей как предмет психологического исследования. Психологический журнал. 2006;5:50-59.
Nechiporenko NP, Mendelevich VD. Anticipation abilities phenomenon as a subject of psychological research. Psikhologicheskii zhurnal. 2006;5:50-59. (In Russ.).
8. Сумина Н.Е., Нечипоренко Н.П. Взаимосвязь антиципационной состоятельности с личностными свойствами. Российский психологический журнал. 2018;4(4):22. DOI:10.21702/rpj.2007.4.2
Sumina, Nechiporenko. Interconnection between anticipation consistency and personality properties. Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal. 2018;4(4):22. DOI:10.21702/rpj.2007.4.2. (In Russ.).
9. Фрейд З. Полное собрание сочинений в 26 томах. Том 13. Статьи по метапсихологии. Том 14. Статьи по метапсихологии 2. Издательство ВЕИП, СПб. 2020. Пер. Боковиков А.
Freid Z. Polnoe sobranie sochinenii v 26 tomakh. Tom 13. Stat'i po metapsikhologii. Tom 14. Stat'i po metapsikhologii 2. Izdatel'stvo VEIP, Spb. 2020. Per. Bokovikov A. (In Russ.).
10. Alonzo A. The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: the consequences of cumulative adversity. Social Science & Medicine. 2000;50(10):1475-1484. doi:10.1016/s0277-9536(99)00399-8
11. Babrow AS, Kasch CR, Ford LA. The many meanings of uncertainty in illness: Toward a systematic accounting. Health Communication. 1998;10:1-23.
12. Boeschoten RE, Braamse AM, Beekman AT, et al. Prevalence of depression and anxiety in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. Journal of the neurological sciences 2017;372:331-41.
13. Brashers DE. Communication and uncertainty management. Journal of Communication. 2001;51:477-497.

14. Brashers DE, Neidig JL, Haas SM, Dobbs LK, Cardillo LW, Russell JA. Communication in the management of uncertainty: The case of persons living with HIV or AIDS. *Communication Monographs*. 2000;67:63–84.
15. Brewin CR. Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000;68(5):748–766
16. 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
17. Cordova M, Giese-Davis J, Golant M, Kronenwetter C, Chang V, Spiegel D. Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *J Clin Psychol Med Settings*. 2007;14(4):308–319. doi:10.1007/s10880-007-9083-6
18. Kangas M, Henry J, Bryant R. Posttraumatic stress disorder following cancer. *Clin Psychol Rev*. 2002;22(4):499–524. doi:10.1016/s0272-7358(01)00118-0
19. Landis BJ. Uncertainty, spiritual well being, and psychosocial adjustment to chronic illness // *Issues in Mental Health Nursing*. 1996;17:217–231.
20. Marrie RA, Walld R, Bolton JM, et al. Estimating annual prevalence of depression and anxiety disorder in multiple sclerosis using administrative data. *BMC research notes* 2017;10(1): 619.
21. Mast ME. Adult uncertainty in illness: A critical review of the research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1995;9:3–24.
22. McCormick KM. A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002;32(2):27–131.
23. Mishel MH. Parents' perception of uncertainty concerning their hospitalized child: Reliability and validity of a scale. *Nursing Research*. 1983;32(6):324–330.
24. Mullins LL, Cote MP, Fuemmeler BF, Jean VM, Beatty WW, Paul R. Illness intrusiveness, uncertainty, and distress in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*. 2001;46:139–153.
25. Spirou, A., Liu, P., Natsheh, J., Neuteboom, E. and Dobryakova, E. Neural Correlates of Outcome Anticipation in Multiple Sclerosis. *Frontiers in Neurology*. 2018. 9. doi: 10.3389/fneur.2018.00572
26. Tedstone J, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev*. 2003;23(3):409–448. doi:10.1016/s0272-7358(03)00031-x
27. Tulloch H, Greenman P, Tassé V. Post-Traumatic Stress Disorder among Cardiac Patients: Prevalence, Risk Factors, and Considerations for Assessment and Treatment. *Behavioral Sciences*. 2014;5(1):27–40. doi:10.3390/bs5010027
28. Wineman NM, Schwetz KM, Goodkin DE, Rudick RA. Relationships among illness uncertainty, stress, coping, and emotional well-being at entry into a clinical drug trial // *Appl. Nurs. Res.* 1996;9(2):53–60.

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,

Калинин Иван Владимирович — врач — невролог СПбГБУЗ ГКБ №31 Санкт-Петербургского городского центра рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний (Россия, 197110, г. Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3). E-mail: i.vl.kalinin@gmail.com,

Каравасева Татьяна Артуровна — д.м.н., 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», профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. E-mail: tania_kar@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Поступила 22.03.2022

Received 22.03.2022

Принята в печать 30.05.2022

Accepted 30.05.2022

Дата публикации 30.09.2022

Date of publication 30.09.2022