

Отношение к заболеванию и качество жизни пациентов с рассеянным склерозом как мишени персонализированной психотерапии ПТСР

Оригинальная статья

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

¹ГКБ№31 Санкт-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. Хроническое прогрессирующее, потенциально инвалидизирующее заболевание с неблагоприятным прогнозом может стать триггером для развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В статье представлены результаты обследования 127 пациентов с рассеянным склерозом (РС), из которых у 61 пациента были верифицированы симптомы ПТСР, развившегося в связи с основным заболеванием. В контрольную группу вошли 67 пациентов с РС, устойчивых к стрессогенному воздействию. Для выполнения задач исследования у всех пациентов осуществлялся тщательный сбор анамнестических сведений. Для изучения структуры внутренней картины болезни применялась тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни (ТОБОЛ). Исследование показателей качества жизни (КЖ) проводилось с помощью опросника SF-36. Для оценки когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов беспокойства о прогрессировании использовались следующие опросники: «Краткий опросник по оценке страха прогрессирования заболевания» А. Mehnert, Р. Herschbach, Р. Berg (2006), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014) и «Опросник когнитивных представлений о болезни» А. Evers, F. Kraaimaat (1998), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014).

В результате проведенного исследования было выявлено, что пациенты основной группы имеют существенно более низкие баллы как физического, так и психического функционирования при оценке качества жизни. Вместе с тем пациенты с ПТСР характеризуются более высокой интенсивностью беспокойства о прогрессировании, негативным мышлением, эмоциональными реакциями, связанными с заболеванием. Неадекватная внутренняя картина болезни, характеризующаяся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием, преобладает в группе пациентов с ПТСР. Все эти факторы могут являться предикторами развития ПТСР. Необходимо проводить дальнейшие исследования психологических особенностей данной группы пациентов для выявления мишеней психотерапевтического воздействия.

Ключевые слова: Посттравматическое стрессовое расстройство, рассеянный склероз, качество жизни, внутренняя картина болезни, отношение к болезни, беспокойство о прогрессировании, 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. Караваева Т.А., Калинин И.В. Отношение к заболеванию и качество жизни пациентов с рассеянным склерозом как мишени персонализированной психотерапии ПТСР. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021; 55:4:46-56. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-4-46-56>

Конфликт интересов — Караваева Т.А. — член редакционной коллегии.

Attitude towards the disease and quality of life of patients with multiple sclerosis as a target of personalized psychotherapy for PTSD

Research article

Mariia T. Andreeva¹, Tatiana A. Karavaeva^{2,3,4,5}, Ivan V. Kalinin¹

¹City Clinical Hospital No. 31, City Center of MS and Autoimmune Diseases, Saint-Petersburg, Russia

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

³Saint-Petersburg State University, Russia

⁴Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

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

Summary: A chronic, progressive, potentially disabling disease with a poor prognosis can trigger the development of post-traumatic stress disorder (PTSD). The article presents the results of a survey of 127 patients with multiple sclerosis (MS), of which 61 patients had PTSD symptoms that developed in connection with the underlying disease were verified. The control group included 67 patients with MS who were resistant to stress. To fulfill the objectives of the study, all patients underwent a thorough collection of anamnestic information. To study the structure of the internal picture of the disease, we used a test technique aimed at diagnosing the type of attitude toward the disease (TOBOL). The study of QOL indicators was carried out using the SF-36 questionnaire.

To assess the cognitive, emotional and behavioral aspects of anxiety about progression, the following questionnaires were used: "A short questionnaire for assessing the fear of disease progression" A. Mehnert, P. Herschbach, P. Berg (2006), adapted by N.A. Sirota, D.V. Moskovchenko (2014) and "Questionnaire of cognitive ideas about the disease" A. Evers, F. Kraaimaat (1998), adapted by N.A. Sirota, D.V. Moskovchenko (2014). As a result of the study, it was revealed that the patients of the main group have significantly lower scores of both physical and mental functioning when assessing the quality of life. At the same time, patients with PTSD are characterized by a higher intensity of anxiety about progression, negative thinking, and emotional reactions associated with the disease. An inadequate internal picture of the disease, characterized by the presence of mental maladjustment due to the disease, prevails in the group of patients with PTSD. All of these factors can be predictors of the development of PTSD. It is necessary to conduct further studies of the psychological characteristics of this group of patients in order to identify the targets of psychotherapeutic influence.

Keywords: Post-traumatic stress disorder, multiple sclerosis, quality of life, internal picture of the disease, attitude to the disease, anxiety about progression, targets of psychotherapy.

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 M.T., Karavaeva T.A., Kalinin I.V. Attitude towards the disease and quality of life of patients with multiple sclerosis as a target of personalized psychotherapy for PTSD. *Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2021; 55:4:46-56. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-4-46-56>.

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

Рассеянный склероз (РС) представляет собой хроническое потенциально инвалидирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), которое развивается преимущественно у лиц молодого возраста. Зачастую сам факт постановки диагноза является стрессовым фактором, приводящим к развитию адаптационных нарушений. Как писал Г. Селье: «всякое заболевание вызывает какую-то степень стресса, поскольку предъявляет организму требования адаптации» [10]. При этом воздействие стрессора влияет на течение заболевания и в ряде случаев может приводить к дистрессу и развитию различных психических нарушений, в том числе, и к формированию ПТСР.

Информация о тяжелом, угрожающем жизни заболевании нарушает привычное и безопасное существование человека и наполняет его жизнь тяжелыми переживаниями и концептуально может определяться как экстремальная и кризисная ситуация. Человек в экстремальной ситуации мо-

жет испытывать сверхсильный стресс, а в кризисной — пролонгированный макростресс [16]. Основными факторами, определяющими травматичность стрессового события являются внезапность его наступления, угроза идентичности, а также глобальный характер воздействия [12]. Однако, будет ли являться сам факт постановки диагноза травматическим событием, приводящим к развитию нарушений психического функционирования для конкретного пациента, будет зависеть в каждом случае от его «индивидуальной восприимчивости» [15]. Психическая устойчивость определяется личностными особенностями человека (его «преморбидным фоном»), защитными механизмами, выбранными «копинг-стратегиями», а также адаптационными ресурсами [19]. Высказываются предположения о том, что ведущими факторами, определяющими риск развития ПТСР, являются индивидуально-психологические особенности [6]. Кроме того, в развитии ПТСР большую роль играют особенности личности, а также пол, воз-

раст, жизненный опыт пациентов, устойчивость к стрессам, наличие психических, психосоматических расстройств в прошлом, соматических заболеваний, травм, ранений, зависимостей [1], плохое обращение в детстве — физическое, сексуальное и эмоциональное (психологическое) насилие [26]. Большое значение придается отношению самого человека к произошедшему [24].

В то же время считают, что факторы риска играют существенную роль только у определенных лиц, и их влияние не может быть распространено на всех пациентов с ПТСР [20]. Механизм этих влияний до сих пор не изучен. Кроме того, на сегодняшний день нет единого мнения относительно значимости внешних и внутренних факторов, влияющих на формирование расстройства.

Так, изучая развитие ПТСР у пациентов с психическими расстройствами, Turner and Lloyd (1995) [29] ввели понятие «накопленного бремени невзгод» («accumulated burden of adversity»). В своей работе они продемонстрировали связь между совокупным опытом тяжелых событий в течение всей жизни и психическими расстройствами, развившимися несколько лет спустя. Fullilove et al. (1992) [23], изучая развитие ПТСР у женщин с химической зависимостью, описывает «расстройство травматического спектра» (а «trauma spectrum disorder»), являющееся наиболее тяжелым последствием кумулятивного стресса. В этих работах также говорится о том, что кумулятивная травма приводит к формированию малоадаптивных копинг-стратегий, в отношении способности человека справиться с болезненным опытом, непредвиденными обстоятельствами, связанными с угрозой для его жизни и здоровья.

Некоторые авторы выделяют также понятие «субклинического ПТСР» [27, 30]. Так Норрис (1992) [27] говорит о необходимости учета кумулятивных травм, которые могут приводить к формированию ПТСР-подобной симптоматики, значимой, но не достигающей формальных диагностических критериев ПТСР.

Таким образом, можно предположить, что одного лишь факта наличия хронического заболевания недостаточно для формирования ПТСР, а должно быть сочетание неблагоприятных факторов, которые с течением времени накапливаются и приводят к формированию данного расстройства. А. Alonzo изучая опыт пациентов, имеющих хронические заболевания, смог выделить ряд факторов, приводящих к развитию ПТСР [19]. В-первых, это факторы, связанные с самим заболеванием: симптомы болезни, которые приводят к изменению привычного образа жизни, проводимое лечение и соблюдение режима дня или питания, госпитализации, связанные с ухудшением состояния, проведение реабилитационных мероприятий, а также проблемы, связанные с медицинским страхованием. Во-вторых, это факторы, связанные с событиями, происходящими в жизни пациента: наличие сопутствующих заболеваний (как соматических, так и психических) и оперативных вмешательств, несчастных случаев

(ДТП), психических травм в детском и подростковом возрасте (сексуальное насилие, развод родителей, смерть близких и пр.). Эти факторы приводят к повышению чувствительности и восприимчивости пациента к происходящим событиям, а также в ряде случаев к диссоциативным переживаниям и склонности к избеганию психотравмирующих факторов. В совокупности все вышеперечисленные факторы могут приводить к развитию психических расстройств (тревожные и депрессивные расстройства, а также ПТСР).

Важную роль в формировании симптомов ПТСР занимает оценка дисфункционального беспокойства о прогрессировании заболевания. В зарубежных исследованиях встречаются данные о наличии у больных представлений о возможности субъективного контроля болезни [31]. В 85 % случаев тип течения РС ремитирующий, при котором у пациента случаются обострения заболевания, проявляющиеся в виде нарушения или утраты какой-либо функции организма, например, может появиться нарушение функции ходьбы, координации, расстройства чувствительности, нарушение функции тазовых органов. Все эти изменения происходят неожиданно для пациента и существенно влияют на его повседневную активность, а в ряде случаев, могут значительно снизить качество жизни. Спрогнозировать развитие обострения невозможно, даже несмотря на проводимую терапию ПИТРС (препараты снижают частоту обострений на 30-60%, но не могут полностью исключить их возникновение), невозможно также предсказать характер его течения и возможные последствия. Таким образом, пациенты могут находиться в состоянии тревоги, постоянно думая о возможности развития нового обострения. Особенно к такому поведению склонны пациенты, изначально предрасположенные к развитию тревожных и депрессивных расстройств, а также пациенты, перенесшие тяжелые инвалидизирующие обострения в прошлом. Непереносимость неопределенности течения заболевания приводит к формированию беспокойства о прогрессировании, которое становится источником психологического дистресса.

Важную роль в развитии симптомов ПТСР играет внутренняя картина болезни (ВКБ), которая по определению Лурии [7] является совокупностью ощущений больного, причем, «не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Не столько само заболевание, сколько его интрапсихическая переработка, создание «информационного поля болезни» определяет дальнейшее поведение пациента и включение стресс преодолевающих стратегий, поэтому исследование ВКБ является одним из основных направлений поиска путей выбора

мероприятий медико-психологической реабилитации, повышения эффективности лечения, определения терапевтического прогноза [3].

ВКБ представляет собой многокомпонентную структуру, связанную с восприятием, представлением и переживанием болезни, в основе которой лежат механизмы психологической защиты и совладания (копинг-стратегии) [13]. В ситуации тяжелого хронического заболевания оценка угрозы болезни во многом связана с ВКБ и определяется содержанием личностно-смыслового уровня опосредования телесного страдания [14]. На сегодняшний день в современной отечественной литературе выделяют три аспекта ВКБ: когнитивный (познавательный) — определяется соматической или психогенной концепцией болезни, эмоциональный и мотивационно — поведенческий. При формировании неадаптивных стереотипов пациенты не способны конструктивно решать возникающие перед ними проблемы, следовать врачебным рекомендациям, поддерживать гармоничные межперсональные отношения, что приводит к существенному снижению качества жизни больных. Внутренняя картина болезни (ВКБ) или модель репрезентации заболевания, как она часто обозначается в современных исследованиях, является важным интрапсихическим конструктом, определяющим эмоциональное состояние, поведение и качество жизни человека при столкновении с фактом болезни. Она также в значительной степени влияет на приверженность пациента лечению, отношения с врачом, вероятность развития вторичных нозогенных осложнений.

Оценка и учет качества жизни в исследованиях, программах лечения и реабилитации базируется на современной биопсихосоциальной концепции понимания заболеваний и определении понятия здоровья, которое ВОЗ определяет как состояние физического, психологического и социального благополучия. Имеются исследования, которые выявили ценность качества жизни как индикатора эффективности лечения, предиктора комплаентности, фактора прогноза выживаемости, составляющей персонализированного подхода в терапии [5, 21].

Пациенты с РС входят в группу риска в отношении развития у них ПТСР, что определяет актуальность выявления индивидуальных предикторов риска формирования и механизмов развития психопатологических нарушений, для выбора адекватного метода психотерапии и своевременного её начала с целью повышения приверженности лечения пациентов с РС и улучшения качества их жизни [8,9].

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, выявленных по результатам скринингового теста (опросник на скрининг ПТСР — Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002), проводилось обследование с использованием 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. Медиана балла (межквартильный интервал — МКИ) по шкале EDSS составила 3 [2,5; 4], что соответствует умеренному неврологическому дефициту. При оценке уровня образования преобладают пациенты с высшим образованием — 62,2%. Большая часть пациентов страдают ремиттирующим РС — 92,9%. 55,1% получали терапию препаратами ПИТРС 1 линии (глатирамера ацетат, интерфероны, терифлуноמיד), тогда как 29,2% получили терапию ПИТРС 2 линии (натализумаб и окрелизумаб). Сохранили трудоспособность и имели трудовую занятость 66,1% пациентов, 33,9% не работали; 29,9% пациентов имели группу инвалидности. Критериями включения являлись: возраст пациентов от 18 до 65 лет, наличие установленного диагноза РС в соответствии с критериями Мак Дональда. Критерии невключения в исследование: 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 гг.

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, профессиональный статус. Наличие снижения когнитивных функций определялось при выполнении оценки по шкале EDSS. **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, содержащее 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. Краткий опросник по оценке страха прогрессирования заболевания» А. Mehnert, Р. Herschbach, Р. Berg (2006), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014).

4. «Опросник когнитивных представлений о болезни» А. Evers, F. Kraaimaat (1998), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014).

5. Методика для определения типов отношения к болезни «ТОБОЛ» (Вассерман Л. И. и соавт., 2005, 2014).

6. Опросник качества жизни SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey).

Статистический анализ производился в среде R. Данные были проверены на нормальность распределения визуально при помощи квантильных графиков (функция qqPlot, из пакета car). Для визуального выявления отскакивающих значений были построены боксплоты и диаграммы Кливленда. 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 категориальных данных применялся точный тест Фишера (функция fisher.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).

Для оценки влияния типа отношения к болезни и беспокойства о прогрессировании на вероятность наличия у пациента ПТСР была построена обобщённая линейная модель с биномиальным распределением отклика. Первоначально в модель были включены все предикторы (типы отношения к болезни по результатам опросника ТОБОЛ; когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты из опросника «Беспокойство о прогрессировании»). По результатам проверки на коллинеарность (функция vif) был удалён предиктор с фактором, увеличивающим дисперсию (VIF) превышающем 3 — подавление негативных мыслей. Далее модель была упрощена с использованием информационного критерия Акаике (функция stepAIC). Были удалены следующие предикторы: страх утраты автономии, отвлечение, самоосмотр, эмоциональные реакции, интенсивность беспокойства о прогрессировании, убеждённость в пользе беспокойства, убеждённость в эффектив-

ности лечения. Финальная модель была протестирована на линейность связи при помощи графика остатков от предсказанных значений и проверена на сверхдисперсию (с использованием функции, предложенной Беном Болкером).

Результаты исследования и обсуждение

При сравнении социо-демографических данных и клинических характеристик пациентов с РС, имеющих симптомы ПТСР и без симптомов ПТСР, достоверных различий не было выявлено.

Для изучения структуры ВКБ применялась методика для определения типов отношения к болезни «ТОБОЛ». На основании данной методики можно диагностировать 12 типов отношения к болезни, которые объединены в три блока на основании двух основных критериев: 1. Способность к адаптации к болезни («адаптивность-дезадаптивность»). 2. Характер дезадаптации (в случае дезадаптивного типа отношения). Таким образом, первый блок включал в себя гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых способность к психической и социальной адаптации существенно не нарушается. Во второй блок вошли пациенты с тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим, апатическим типами отношения к болезни. В этом случае для пациентов характерно дезадаптивное поведение с преобладанием интрапсихической направленности личного реагирования на болезнь. В третий блок вошли пациенты с сенситивным, эгоцентрическим, дисфорическим и паранойальными типами отношений. Для них так же, как и для пациентов 2-го блока, характерно дезадаптивное поведение, однако с выраженной интерпсихической направленности личного реагирования на болезнь. Помимо «чистых» типов отношения к болезни диагностируются также «смешанные» типы, которые могут быть как согласованными (включающие сочетание только дезадаптивных, либо только адаптивных типов отношений к болезни), так и противоречивыми (сочетание адаптивных и дезадаптивных типов отношений). В случае сочетания четырёх и более преобладающих типов отношений к болезни, речь идёт о так называемом «диффузном» типе. Результаты представлены в Табл.1.

По результатам точного теста Фишера p -value = 0.01 — соответственно можно отклонить нулевую гипотезу о независимости переменных. На основании Cramer's V = 0.34 можно интерпретировать величину эффекта как большую. Попарный post-hoc z-тест с коррекцией Бонферрони позволил выявить Блок 1 как группу со значимыми различиями между пациентами без ПТСР и с ПТСР.

Таким образом, пациенты, не имеющие симптомов ПТСР, характеризуются значительно большей степенью адаптации к своему заболеванию. Они активно участвуют в процессе лечения, конструктивно выстраивают отношения с лечащим врачом и демонстрируют высокую приверженность терапии ПИТРС. Большинство пациентов

Таблица 1. Сравнение значений показателей методики ТОБОЛ (процентное соотношение пациентов в каждой группе)
Table 1. Comparison of the values of the indicators of the TOBOL method (percentage of patients in each group)

| | Пациенты без ПТСР n = 66 | Пациенты с ПТСР n = 61 | p-value (точный тест Фишера) |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Блок 1 | 30 (45.5%) | 11 (18%) | 0.01 |
| Блок 2 | 5 (7.6%) | 4 (6.6%) | |
| Блок 3 | 6 (9.1%) | 14 (23%) | |
| Смешанный согласованный | 14 (21.2%) | 12 (19.7%) | |
| Смешанный противоречивый | 6 (9.1%) | 11 (18%) | |
| Диффузный | 5 (7.6%) | 9 (14.8%) | |

этой группы имеют гармоничный тип отношения к болезни.

Важную роль в формировании симптомов ПТСР занимает оценка дисфункционального беспокойства о прогрессировании заболевания. Как уже было сказано выше, в 85 % случаев встречается ремиттирующий тип течения РС, когда резкое ухудшение симптомов заболевания сменяется ремиссией. Иногда симптомы нарастают настолько быстро, что клинически становятся похожи на развитие острого нарушения мозгового кровообращения. Терапия ПИТРС снижает риск развития обострения на 30-60%, но не исключает полностью их возникновение. Таким образом, пациенты могут испытывать постоянную фрустрацию, связанную с непредсказуемостью течения заболевания, беспокойство о его прогрессировании, что может стать источником психологического дистресса.

Для оценки когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов беспокойства о прогрессировании использовались следующие опросники: «Краткий опросник по оценке страха прогрессирования заболевания» А. Mehnert, Р. Herschbach, Р. Berg (2006), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014) и «Опросник когнитивных представлений о болезни» А. Evers, F. Kraaimaat (1998), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014).

Согласно разработанной Н.А. Сиротой и Д.В. Московченко «модели воспринимаемой угрозы прогрессирования болезни», существуют когнитивный, эмоциональный и поведенческий уровни беспокойства о прогрессировании заболевания. В основе этой модели лежит концепция неопределённости заболевания, которая применялась для исследования ПТСР у онкологических больных [11]. Для пациентов с РС также характерна неопределённость, связанная с заболеванием, вследствие чего представляется целесообразным изучение этого феномена у пациентов с РС. Зачастую беспокойство о прогрессировании заболевания, а также о непредсказуемости его течения носят дисфункциональный характер, проявляясь у пациентов, находящихся в стойкой клинической ремиссии и не имеющих существенно-

го неврологического дефицита, что может приводить к развитию психоэмоциональных нарушений и снижать их качество жизни. Результаты исследования представлены в Табл.2.

В категории «Когнитивный компонент» статистически значимые различия между группами наблюдаются по показателям шкал: «Интенсивность беспокойства о прогрессировании», а также «Негативное мышление», при этом значения этих показателей в основной группе существенно выше, чем в контрольной. Пациенты склонны часто возвращаться к мыслям о прогрессировании заболевания и формированию негативных мысленных сценариев, связанных с возможным прогрессированием или обострением болезни. Так как при РС часто происходит поражение пирамидной системы, вследствие чего может существенно нарушаться функция ходьбы, пациенты боятся инвалидизации (быть прикованными к инвалидному креслу). Высокую тревогу испытывают также пациенты с тремором рук, из-за которого может быть существенно ограничена повседневная активность, требующая необходимости в посторонней помощи для ухода за собой (прием пищи, мытье, бритье, чистка зубов) [17]. Появляется страх быть зависимым от своих родных и близких. Высокую тревогу вызывают и тазовые расстройства, так как пациент становится ограничен в свободном перемещении по городу из-за боязни недержания мочеиспускания, необходимости частой смены урологических прокладок и строгого соблюдения диеты и питьевого режима. Также одним из симптомов, существенно ухудшающих качество жизни больных, является утомляемость [25, 28]. Утомляемость при РС связана с физической нагрузкой и характеризуется самим пациентом как недостаток физической и умственной энергии. Такая утомляемость может существенно ограничивать повседневную активность даже при отсутствии выраженного неврологического дефицита и оказывать влияние на психологическое состояние пациента. Всё это может лежать в основе формирования интрузивных переживаний, направленных в будущее, характерных для ПТСР при РС.

Таблица 2. Сравнение значений уровня беспокойства о прогрессировании (поведенческий, эмоциональный и когнитивный компоненты) группы контроля и основной группы
Table 2. Comparison of the values of the level of anxiety about progression (behavioral, emotional and cognitive components) of the control and the main group

| Показатели оценки когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов беспокойства | Пациенты без ПТСР n = 66 | Пациенты с ПТСР n = 61 | p-value (с учётом поправки на множественные сравнения) |
|---|-----------------------------|---------------------------|--|
| Интенсивность беспокойства о прогрессировании, (баллы), медиана [МКИ] | 3,5 [2, 5] | 5 [3, 7] | 0,03 |
| Убежденность в эффективности лечения (баллы), медиана [МКИ] | 6.5 [4,25, 8] | 5 [4, 7] | 0,83 |
| Негативное мышление (баллы), медиана [МКИ] | 3 [1, 6] | 7 [3, 8] | 0,01 |
| Убежденность в пользе беспокойства (баллы), медиана [МКИ] | 4,5 [1, 6] | 5 [2, 7] | 0,89 |
| Консультации у врачей (баллы), медиана [МКИ] | 3 [2, 4] | 4 [2, 4] | 0,34 |
| Самоосмотр (баллы), медиана [МКИ] | 2 [1, 2] | 2 [1, 3] | 0,83 |
| Отвлечение (баллы), медиана [МКИ] | 2 [1, 3] | 2 [1, 2] | 0,98 |
| Подавление негативных мыслей (баллы), медиана [МКИ] | 3,5 [2, 4,75] | 4 [3, 5] | 0,23 |
| Позитивное переформулирование (баллы), медиана [МКИ] | 4 [3, 6] | 4 [4, 6] | 0,89 |
| Эмоциональные реакции (баллы), медиана [МКИ] | 13 [10,25, 15,75] | 17 [13, 19] | 0,03 |
| Семейные страхи (баллы), медиана [МКИ] | 5 [4, 7,75] | 7 [5, 9] | 0,24 |
| Страх утраты автономии (баллы), медиана [МКИ] | 3,5 [2, 5] | 5 [3, 7] | 0,05 |

МКИ — межквартильный интервал; для сравнений использовался критерий Манна-Уитни.

Примечание: достоверными считаются различия при $p < 0,05$

Note: differences at $p < 0.05$ are considered significant

В категории «Эмоциональный аспект беспокойства о прогрессировании» статистически значимые различия между группами наблюдаются по показателям шкалы «Эмоциональные реакции» при этом значения этого показателя в основной группе существенно выше, чем в контрольной.

Для обследуемых пациентов с симптомами ПТСР характерны выраженные эмоциональные реакции на заболевание и проводимое лечение, это отражает тревожную обеспокоенность больных возможностью прогрессирования заболевания, страх формирования в будущем выраженного неврологического дефицита и инвалидизации. Пациенты чаще и острее испытывают тревогу при посещении врача, прохождении медицинских осмотров или проведении таких диагностических процедур, как МРТ. В результате чего само обращение за медицинской помощью может иметь травматический характер и ухудшать психическое состояние лиц с РС. Для данной группы пациентов, кроме эмоциональных реакций, характерны выраженные вегетативные проявления тревоги и обеспокоенности (их соматические эквиваленты) при переживаниях, связанных с необратимостью развивающихся симптомов заболевания, страхом перед возможным лечением.

Страх неопределённости и высокий уровень беспокойства о прогрессировании могут приводить к снижению убеждённости в эффективности терапии ПИТРС, недостаточной мотивации для продолжения лечения, соблюдения режима назначений, нарушению комплаентности.

Для определения предикторов развития ПТСР была построена обобщённая линейная модель с биномиальным распределением отклика (Табл.3). Были выявлены следующие значимые предикторы:

Высокий балл по шкале «негативное мышление» (ОШ = 1.18, $p = 0.01$) по результату опросника, направленного на оценку беспокойства о прогрессировании заболевания, отражающий негативные мысленные сценарии, связанные с размышлением о возможном развитии обострения заболевания.

«Третий блок», в который входят сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения к болезни (отношение шансов (ОШ) = 7,34, $p = 0.003$), «смешанный противоречивый» (ОШ = 4,94, $p = 0.02$), а также «диффузный» (ОШ = 4,21, $p = 0.04$) типы отношения к болезни. по результатам опросника ГОБОЛ.

В качестве опорного уровня категориальной переменной (опросник ГОБОЛ) при моделирова-

Таблица 3. Определение предикторов развития ПТСР
Table 3. Identifying predictors of PTSD development

| Переменная | Коэффициент (β) | Стандартная ошибка | Значение Z-статистики | p-value | Отношение шансов | 95% ДИ |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|---------|------------------|--------------|
| Свободный член | -4,02 | 1,01 | - | - | - | - |
| Типы личности: | | | | | | |
| Блок 2 | 0,16 | 0,87 | 0,19 | 0,85 | 1,17 | 0,21 — 6,43 |
| Блок 3 | 1,99 | 0,67 | 2,98 | 0,003 | 7,34 | 1,97 — 27,3 |
| Смешанный согласованный | 0,73 | 0,58 | 1,27 | 0,2 | 2,09 | 0,67 — 6,53 |
| Смешанный противоречивый | 1,6 | 0,68 | 2,35 | 0,02 | 4,94 | 1,3 — 18,75 |
| Диффузный | 1,44 | 0,71 | 2,02 | 0,04 | 4,21 | 1,04 — 17,05 |
| Негативное мышление | 0,17 | 0,07 | 2,45 | 0,01 | 1,18 | 1,03 — 1,36 |
| Консультации у врачей | 0,21 | 0,12 | 1,67 | 0,09 | 1,23 | 0,96 — 1,57 |
| Позитивное переформулирование | 0,19 | 0,13 | 1,47 | 0,14 | 1,2 | 0,94 — 1,55 |
| Семейные страхи | 0,14 | 0,09 | 1,46 | 0,14 | 1,15 | 0,95 — 1,37 |

нии выбран блок 1; статистически значимые значения p-value выделены жирным шрифтом.

Таким образом, наличие у пациентов негативных мысленных сценариев, связанных с размышлениями о неминуемой возможности прогрессирования заболевания (переход во вторично — прогрессирующее течение), развития тяжёлого обострения, наступления инвалидизации в

случае утраты функций организма, является прогностически неблагоприятным фактором развития ПТСР, как и преобладание дезадаптивных типов отношения к болезни.

Кроме того, высокий уровень беспокойства о прогрессировании заболевания оказывает негативное влияние на качество жизни при хронических заболеваниях [22]. По данным литерату-

Таблица 4. Сравнение значений двух групп по количественным показателям опросника SF — 36
Table 4. Comparison of the values of the two groups by quantitative indicators of the SF questionnaire — 36

| Показатели качества жизни | Пациенты без ПТСР n = 66 | Пациенты с ПТСР n = 61 | p-value (с учётом поправки на множественные сравнения) |
|---|-----------------------------|---------------------------|--|
| Физическое функционирование, (баллы), медиана [МКИ] | 87,5 [55, 95] | 65 [40, 90[| 0.03* |
| Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (баллы), медиана [МКИ] | 75 [6,25, 100] | 25 [0, 75] | 0.003* |
| Интенсивность боли (баллы), медиана [МКИ] | 82 [72, 100] | 52 [41, 74] | < 0.001* |
| Общее состояние здоровья (баллы), медиана [МКИ] | 60 [42,75, 71,5] | 40 [25, 50] | < 0.001* |
| Общий показатель — РН (баллы), среднее (СО) | 46,3 (9,4) | 41,2 (9,6) | 0.006** |
| Жизненная активность (баллы), медиана [МКИ] | 60 [35, 73,75] | 65 [15, 50] | < 0.001* |
| Социальное функционирование (баллы), медиана [МКИ] | 87,5 [62,5, 100] | 50 [25, 75] | < 0.001* |
| Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (баллы), медиана [МКИ] | 100 [41,7, 100] | 33,3 [0, 66,7] | < 0.001* |
| Психическое здоровье (баллы), медиана [МКИ] | 68 [48, 76] | 44 [28, 56] | < 0.001* |
| Общий показатель — МН (баллы), среднее (СО) | 45,7 (11,6) | 34,2 (10,5) | < 0.001** |

МКИ — межквартильный интервал; СО — стандартное отклонение; * — для сравнений использовался Т-тест в модификации Уэлча; ** — для сравнений использовался критерий Манна-Уитни; для поправки на множественные сравнения применялся метод Хольма-Бонферрони.

Примечание: достоверными считаются различия при $p < 0,05$

Note: differences at $p < 0.05$ are considered valid

ры, исследования качества жизни при РС представляют прогностическую информацию о развитии инвалидизации у больных с РС. Уровень КЖ, ассоциированный с состоянием здоровья, может быть предиктором ранней инвалидности, которая не была верифицирована по шкале EDSS [25, 28]. Для изучения качества жизни, связанного со здоровьем, у исследуемых пациентов использовался опросник SF -36 (Табл.4).

При сравнении показателей КЖ у пациентов с РС, имеющих симптомы ПТСР и контрольной группы, оцененных по шкале SF- 36, были отмечены достоверно более высокие показатели по всем шкалам опросника (как физическим, так и психическим) у пациентов, не имеющих симптомов ПТСР. При этом статистически значимой разницы при оценке степени выраженности инвалидизации, оцененной по шкале EDSS, и выраженности клинических проявлений основного заболевания у пациентов двух групп не обнаружилось. Несмотря на это, пациенты основной группы субъективно гораздо хуже оценивают своё физическое состояние и степень выраженности влияния заболевания на повседневную активность. Пациентам основной группы тяжелее справляться со своими ежедневными домашними делами, а также работать. Более высокие показатели по шкале интенсивности боли свидетельствуют о наличии у пациентов основной группы нейропатических болей, а также болей, связанных с повышением спастичности в мышцах. Несмотря на отсутствие разницы по степени инвалидизации пациентов основной и контрольной групп, пациенты с симптомами ПТСР чаще предъявляли жалобы на боли различных локализаций. Характер этих болей носит как соматический, так и психогенный характер, высокий уровень беспокойства, тревоги и внутреннего напряжения усиливают эмоциональный компонент боли, и пациент оказывается в «замкнутом круге». Низкие баллы по показателю жизненной активности свидетельствуют о наличии астенического синдрома, который по мнению ряда авторов [14, 18, 28] считается одной из основных причин, ухудшающих качество жизни пациентов с РС, независимо от степени инвалидизации. Пациенты отмечают быструю утомляемость после нормальной активности, чувствуют

себя истощенными и уставшими после пробуждения, несмотря на полноценный по времени и качеству сон. Пациенты стараются избегать социальных контактов, что связано как с быстрой истощаемостью, так и со сниженным эмоциональным фоном.

Заключение

РС, являясь хроническим прогрессирующим заболеванием, представляющим угрозу жизни, существенно нарушающим физическое и социальное функционирование и развиваясь преимущественно у молодых людей трудоспособного возраста, может становиться триггером для развития ПТСР.

Впервые были получены результаты, описывающие клинико-психологические особенности пациентов с РС, имеющих признаки ПТСР.

Высокоспецифичными индикаторами риска развития ПТСР у пациентов с РС являются следующие факторы: наличие у пациентов негативных мысленных сценариев, связанных течением заболевания и возможным фатальным исходом, а также преобладание дезадаптивных типов отношения к болезни. Все эти факторы негативно влияют на оценку качества жизни пациентов с РС, приводя к формированию «порочного круга» и усилению симптомов ПТСР.

Выраженное беспокойство о прогрессировании заболевания, которое может не соответствовать объективной клинической картине имеющихся нарушений, дезадаптивная внутренняя картина болезни являются мишенями психотерапевтического, психокоррекционного воздействия, которые должны учитываться при определении содержания как профилактических мероприятий в отношении возможного развития психических нарушений, так и в лечебных персонализированных комплексных программах. Своевременные и научно-обоснованные превентивные и терапевтические интервенции позволяют минимизировать риск развития пограничных психических расстройств, повысить эффективность лечения основного заболевания, существенно улучшить качество жизни конкретного больного [2, 4].

Литература/References

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Учеб. Пособие. Под общей редакцией Ю. А. Александровского. М.: Медицина. 2000. Aleksandrovskii Yu.A. Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva. Ucheb. Posobie. Pod obshchei redaktsiei Yu. A. Aleksandrovskogo. M.: Meditsina. 2000. (In Russ.).
2. Васильева А.В., Караваяева Т.А., Мизинова Е.Б., Лукошкина Е.П. Мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве у онкологических больных. Вестник Санкт-Петербургского университе-
3. Васильева А.В., Караваяева Т.А., Мизинова Е.Б., Таилюков В.А., Чехлатый Е.И. Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации. Экология человека. 2019; 12:32-39.
4. Васильева А.В., Караваяева Т.А., Мизинова Е.Б., Таилюков В.А., Чехлатый Е.И. Разработка конструкта внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации. Психология. 2020; 10(4):402-416. Vasil'eva AV, Karavaeva TA, Mizinova EB, Lukoshkina EP. Targets of psychotherapy in comorbid post-traumatic stress disorder in cancer patients. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya. 2020; 10(4):402-416. (In Russ.). <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.402>

- Vasil'eva AV, Karavaeva TA, Mizinova EB, Tashlykov VA, Chekhlatyi EI. Construct development of the internal picture of the disease for optimization of medical and psychological rehabilitation. *Ekologiya cheloveka*. 2019; 12:32-39. (In Russ.).
4. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., Карпов А.О. Социально-психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями прямой кишки, подвергшихся хирургическому лечению с формированием колостомы. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2018; 2:44-53.
Vasil'eva AV, Karavaeva TA, Lukoshkina EP, Karpov AO. Socio-psychological risk factors for the development of posttraumatic stress disorder in patients with rectum cancer, who undergone colostomy. *Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M.Bekhtereva*. 2018; 2:44-53. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-2-44-53>
 5. Карицкий А. П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни. *Вопросы онкологии*. 2015; 2:180-184. Karitskii AP, Chulkova VA, Pestereva EV, Semiglazova TYu. Rehabilitation of a cancer patient as a basis for improving the quality of his life. *VO-PROSY ONKOLOGII*. 2015; 2:180-184. (In Russ.).
 6. Краснов В. Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты. *Социальная и клиническая психиатрия*. Под общ. ред. В.Н. Краснова. 2005; 2:5-10. Krasnov VN. Acute Stress Disorders as a Problem of Disaster Psychiatry: Clinical and Organizational Aspects. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. Pod obshch. red. V.N. Krasnova. 2005; 2:5-10. (In Russ.).
 7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. СПб.: Питер. 2019. Luriya A.R. Vysshie korkovye funktsii cheloveka. SPb.: Piter. 2019. (In Russ.).
 8. Николаев Е.Л., Караваева Т.А., Васильева Н.В. Медико-психологическое сопровождение больных с рассеянным склерозом: основные принципы и задачи. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2018; 1:120-124. Nikolaev EL, Karavaeva TA, Vasil'eva NV. Medical and psychological support of multiple sclerosis patients: basic principles and objectives. *Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2018; 1:120-124. (In Russ.).
 9. 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. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2019; 2:95-101. Nikolaev EL, Karavaeva TA, Vasil'eva NV, Vasil'eva AV, Chekhlatyi EI. Medico-psychological support program of the multiple sclerosis patients: organization stages and tasks. *Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2019; 2:95-101. (In Russ.). doi:10.31363/2313-7053-2019-2-95-101
 10. Селье Г. Стресс без дистресса (перевод с английского). Под общ. ред. Е.М. Крепса. Москва: Прогресс. 1982. Sel'e G. Stress bez distressa (perevod s angliiskogo). Pod obshch. red. E.M. Krepsa. Moskva: Progress. 1982. (In Russ.).
 11. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М., Ялтонская А.В. Беспокойство о прогрессировании онкологического заболевания: современные теоретические концепции и подходы. *Медицинская психология в России*. 2016; 6:41. Sirota NA, Moskovchenko DV, Yaltonskii VM, Yaltonskaya AV. Concern about the progression of cancer: modern theoretical concepts and approaches. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2016; 6:41. (In Russ.).
 12. 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.).
 13. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза : автореф. дис. д-ра мед. наук Ташлыкова В.А. Л.; 1986. Tashlykov V.A. Vnutrennyaya kartina bolezni pri nevrozakh i ee znachenie dlya terapii i prognoza : avtoref. dis. d-ra med. nauk Tashlykova V.A. L.; 1986. (In Russ.).
 14. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. *Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сборник научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева*. 1990; 127:33-38. Tkhostov A.Sh., Arina G.A. Teoreticheskie problemy issledovaniya vnutrennei kartiny bolezni. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskoi i somaticheskoi patologii: sbornik nauchnykh trudov NIPNI im. V. M. Bekhtereva*. 1990; 127:33-38. (In Russ.).
 15. Фрейд З. Введение в психоанализ. М.: АСТ. 2015. Freud Z. Vvedenie v psikhoanaliz. M.: AST. 2015. (In Russ.).
 16. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Заболевание с витальной угрозой: и экстремальная ситуация, и психологический кризис. *Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия: учебник*. Под ред. д-ра психол. наук Н.С. Хрустальной. СПб.: Изд-во СПбГУ. 2014. Chulkova V.A., Pestereva E. V. Zabolevanie s vital'noi ugrozoi: i ekstremal'naya situatsiya, i

- psikhologicheskii krizis. Psikhologiya krizisnykh i ekstremal'nykh situatsii: psikhicheskaya travmatizatsiya i ee posledstviya: uchebnik. Pod red. d-ra psikhol. nauk N. S. Khrustalevoi. SPb.: Izd-vo SPbGU. 2014. (In Russ.).*
17. Ярыгина Ю.В., Захаров Д.В., Михайлов В.А., Богачева В.А., Хубларова Л.А. Исследование клинических показателей и качества жизни больных эссенциальным тремором. *Неврологический вестник*. 2016; 48(3):55–62. Yarygina YuV, Zakharov DV, Mikhailov VA, Bogacheva VA, Khublarova LA. Study of clinical characteristics and the quality of life of patients with essential tremor. *Nevrologicheskii vestnik*. 2016; 48(3):55–62. (In Russ.).
 18. Abbot N, Spence V. Chronic fatigue syndrome. *The Lancet*. 2006;367(9522):1574. doi:10.1016/s0140-6736(06)68688-1
 19. Alonzo A. The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: the consequences of cumulative adversity. *Soc Sci Med*. 2000; 50(10):1475-1484. doi:10.1016/s0277-9536(99)00399-8
 20. 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
 21. Coates A, GebSKI V, Bishop J et al. Improving the Quality of Life during Chemotherapy for Advanced Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*. 1987; 317(24):1490-1495. doi:10.1056/nejm198712103172402
 22. Efthymiadou O, Mossman J, Kanavos P. Differentiation of health-related quality of life outcomes between five disease areas: results from an international survey of patients. *Int J Technol Assess Health Care*. 2018; 34(5):498-506. doi:10.1017/s0266462318000557
 23. Fullilove M, Lown E, Fullilove R. Crack 'Hos and Skeezers: Traumatic experiences of women crack users. *J Sex Res*. 1992; 29(2):275-287. doi:10.1080/00224499209551647
 24. Janoff-Bulman R, Berg M. Disillusionment and the creation of value: From traumatic losses to existential gains. In: Harvey J. ed. *Death, dying, and bereavement. Perspectives on loss: A sourcebook*. Philadelphia: Brunner/Mazel. 1998:35-47.
 25. Janardhan V, Bakshi R. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. *J Neurol Sci*. 2002; 205(1):51-58. doi:10.1016/s0022-510x(02)00312-x
 26. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J. Clin. Psychiatry*. 2000; 61:5:4-14.
 27. Norris FH. Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*. 1992; 60(3):409-418. doi:10.1037//0022-006x.60.3.409
 28. Opara JA, Jaracz K, Broła W. Quality of life in multiple sclerosis. *J Med Life*. 2010; 3(4):352-358.
 29. Turner RJ, Lloyd DA. Lifetime Traumas and Mental Health: The Significance of Cumulative Adversity. *J Health Soc Behav*. 1995; 36(4):360-367.
 30. Vrana S, Lauterbach D. Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *J Trauma Stress*. 1994; 7(2):289-302. doi:10.1007/bf02102949
 31. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr*. 1978; 6(2):160-170. doi:10.1177/109019817800600107

Сведения об авторах:

Андреева Мария Трофимовна – врач-невролог СПбГБУЗ ГКБ№31 Санкт-Петербургского городского центра рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3, 197110, e-mail: ascella777@gmail.com

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

Караваева Татьяна Артуровна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр 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 имени Н.Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>, e-mail: tania_kar@mail.ru

Поступила 25.02.2021

Received 25.02.2021

Принята в печать 16.06.2021

Accepted 16.06.2021

Дата публикации 25.12.2021

Date of publication 25.12.2021