

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ И МОТИВАЦИЯ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ  
ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*Анатолий Александрович Овчинников<sup>1</sup>, Аклима Накиповна Султанова<sup>1</sup>,  
Павел Алексеевич Максименко<sup>1,2</sup>, Юлия Викторовна Сарычева<sup>1</sup>,  
Татьяна Александровна Шпикс<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск, Красный проспект,  
д. 52, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru, <sup>2</sup>Городская детская клиническая больница скорой  
медицинской помощи, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 3*

Реферат. Целью исследования явилось изучение приверженности лечению и мотивации к выздоровлению у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Выявлено, что при низком уровне приверженности наблюдаются стратегия избегания неудач, низкие показатели по социальной поддержке и по уровням достижений; высокий уровень приверженности к лечению формируют мотивация к успеху, общая интернальность, интернальность в области достижений. Важным компонентом в успешности приверженности пациентом терапевтическим рекомендациям является микросоциальная среда человека – семья, друзья, коллеги по работе, соседи по палате и др.

Ключевые слова: острая недостаточность мозгового кровообращения, приверженность к лечению, комплаентность, уровень субъективного контроля, мотивация к успеху.

PATIENT COMPLIANCE AND MOTIVATION  
FOR THE REHABILITATION OF PATIENTS  
WITH ACUTE CEREBROVASCULAR EVENT

Anatoly A. Ovchinnikov<sup>1</sup>, Aklima N. Sultanova<sup>1</sup>,  
Pavel A. Maksimenko<sup>1,2</sup>, Yuliya V. Sarycheva<sup>1</sup>,  
Tatyana A. Shpiks<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Novosibirsk State Medical University,  
630091, Novosibirsk, Krasny Prospekt, 52;

<sup>2</sup>City Children's Clinical Emergency Hospital,  
Novosibirsk, Krasny Prospekt, 3

The aim of research was to study adherence to treatment and motivation for recovery in patients with stroke. It was revealed that with a low level of commitment, there is a strategy to avoid failures, low rates of social support and levels of achievement; a high level of adherence to treatment is shaped by the motivation to success, general internality, internality in the field of achievements. An important component in the success of the patient's adherence to therapeutic recommendations is the human micro-social environment – family, friends, work colleagues, roommates, and others.

Key words: acute insufficiency of cerebral circulation, adherence to treatment, compliance, level of subjective control, motivation to success.

**П**риверженность терапии – степень, в которой поведение человека – прием препарата, соблюдение диеты и/или изменение стиля жизни – соответствует согласованным реко-

мендациям медицинского специалиста [1, 12]. Проблема изучения приверженности лечению и мотивации к выздоровлению пациентов с нарушением мозгового кровообращения – одна из наиболее актуальных тем в психологии, неврологии и реабилитации [11]. Актуальность темы заключается в том, что острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – это частое заболевание с риском летального исхода [8]. По данным Федеральной службы государственной статистики сосудистые заболевания занимают второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39%) и общей смертности населения (23,4%). Ежегодная смертность от инсульта в России остается одной из наиболее высоких в мире (374 на 100 тыс. населения) [6].

Многие пациенты, перенесшие ОНМК не способны самостоятельно справиться с бытовыми трудностями. Ощущение беспомощности является основной причиной развития психических расстройств и неадаптивных реакций у этого контингента больных [1, 9]. В связи с этим возникает вопрос и о значимости проблемы приверженности лечения у пациентов с инсультом.

Болезнь как стрессовая ситуация в жизни пациента может оказывать как активирующее, так и дезадаптирующее влияние на систему регуляторных механизмов психики, проявляющихся в характерных способах восприятия, переживания, оценке действительности, а также в особенностях приспособительного поведения [5, 9]. Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву – сохранения жизни и восстановления здоровья, названному А.Ш. Тхостовым «сдвигом цели на мотив» [7].

В современной литературе большинством авторов мотивация рассматривается как движущая сила, побуждающая человека к деятельности и как детерминация поведения человека [2, 10]. Ситуация болезни может изменять структуру мотивационной сферы больного человека в связи со своим стрессогенным влиянием, ставя на первое место в этой иерархии ценность здоровья. Крайне важным становится формирование мотивации на выздоровление и активность личности в условиях стресса [4, 10]. В этой связи изучение мотивационного компонента является на сегодняшний день актуальной проблемой и пациентам с ОНМК в реабилитационном периоде необходима психологическая помощь с целью повышения адаптационных возможностей и улучшения качества жизни.

*Цель исследования* – выявить особенности приверженности лечению и мотивации к выздоровлению у пациентов с ОНМК.

*Материал и методы исследования.* Основная группа: 50 человек, из них 20 (40%) мужчин и 30 (60%) женщин – пациенты неврологического отделения городской клинической больницы №1 с диагнозом ОНМК и нарушением двигательной функции. Средний возраст  $65,4 \pm 4,2$  года. Группу сравнения составили 42 условно здоровых человека: 14 (33,3%) мужчин и 28 (66,7%) женщин без выраженной соматической патологии. Средний возраст  $62,6 \pm 3,4$  года. Исследование проходило в период с 26 сентября по 2 декабря 2017 года. В соответствии с поставленной целью, задачами и гипотезой, в исследовании были применены шкала комплаентности Мориски–Грин; тест «Мотивация к успеху»; личностный опросник «Мотивация к избеганию неудач»; шкала социальной поддержки и опросник «Уровень субъективного контроля». Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием стандартных методов подсчёта средних величин, подсчёта достоверности разности показателей.

*Результаты исследования.* При оценке уровня приверженности лечению пациентами с ОНМК было установлено, что показатель среднего значения приверженности лечению составил  $2,24 \pm 1,2$ , что говорит о низком уровне приверженности лечению. Низкий уровень приверженности лечению ( $1,32 \pm 0,86$ ) наблюдался у 28 (56%) пациентов, средний уровень ( $3 \pm 0$ ), к которому относились пациенты, находившиеся в группе риска, был обнаружен у 13 (26%) пациентов, привержен-

ными ( $4 \pm 0$ ) в группе пациентов с ОНМК оказались 9 (18%) человек. Для пациентов, перенесших ОНМК, был характерен средний и низкий уровень приверженности лечению.

Определению поведения пациента в рамках определенного уровня приверженности лечению могут способствовать разные факторы. Существуют предикторы отсутствия приверженности к терапии, перечень которых постоянно пополняется: наличие психологических проблем, особенно депрессии; наличие когнитивных нарушений (пациент просто не может понять, зачем ему назначили лечение или в связи со снижением памяти, забывает принять лекарственное средство); бессимптомное заболевание (пациент не понимает, почему он должен принимать препарат, если его ничего не беспокоит, тем более если он обладает побочными эффектами); неадекватное наблюдение и/или рекомендации при выписке; побочные эффекты; недостаточная вера больного в пользу лечения; недостаточная информированность пациента о его заболевании; плохие отношения между медицинским персоналом и больным (возможны также и со средним медицинским персоналом, о чем врач сможет не знать); наличие препятствий к предоставлению медицинской помощи; сложность терапии и высокая стоимость лечения, включая сопутствующие затраты.

Таким образом, у больных ОНМК преобладает низкий уровень приверженности лечению. По представленным данным можно сделать вывод, что качество приверженности взаимосвязано либо с эмоциональными, когнитивными, личностными особенностями, либо с врачом, либо со средой, либо с взаимоотношениями «врач-больной». Приверженность лечению рассматривается как результат или итоговая характеристика взаимодействия всех этих факторов.

При оценке уровня мотивации к успеху выявлено, что средние показатели в группе пациентов с ОНМК –  $18,9 \pm 3,7$ , что говорит об умеренно высоком уровне мотивации к успеху. Установлено, что у пациентов с ОНМК часто встречается умеренно высокая мотивация – 25 (50%) человек и слишком высокая – 16 (32%) человек. В группе условно здоровых средние показатели равны  $18,9 \pm 3,75$ , результаты располагаются также на умеренно высоком – 22 (52,4%) и слишком высоком – 14 (33,3%) человек уровнях мотивации к успеху. Однако при проведении сравнительного анализа значимых различий в группах больных ОНМК и здоровых не выявлено. Данные показа-

тели подтверждают информацию о том, что люди, которые умеренно и сильно ориентированы на успех, чаще предпочитают средний уровень риска [2]. Чем выше человек ориентирован на достижение цели, тем ниже готовность к риску. При высокой мотивации на успех надежда на успех обычно скромнее, чем при слабой мотивации к успеху.

При анализе мотивации к избеганию неудач выявлено, что пациенты с ОНМК больше ориентированы на мотивацию избегания неудач ( $16,02 \pm 4,25$ ), чем группа условно здоровых ( $15,14 \pm 4,21$ ). Данные показатели свидетельствуют о том, что они тщательнее взвешивают собственные возможности, склонны колебаться при принятии решения. В качестве психологической защиты чаще, чем лица, стремящиеся к достижению успеха, мотивируют свои поступки с помощью декларируемой нравственности.

здоровых по восприятию социальной поддержки. У пациентов, перенесших ОНМК, преобладают показатели по шкале «социальная поддержка значимых других» –  $3,26 \pm 0,85$ , чем в группе условно здоровых –  $2,97 \pm 0,96$ . При анализе шкалы «социальной поддержки друзей» выявлено, что уровень значимо выше у больных ОНМК ( $3,04 \pm 1,19$ ), по сравнению с  $2,51 \pm 1,22$  у здоровых. В группе пациентов с ОНМК выше показатели ( $3,04 \pm 1,19$ ) в сравнении с группой здоровых ( $2,51 \pm 1,22$ ) по критерию «социальная поддержка друзей». Пациенты с ОНМК очень нуждаются в помощи и поддержке со стороны значимых лиц. Если они не получают таковой, то состояние их сосудистой системы ухудшается, если получают – трудности они переносят легче. Социальная поддержка, по словам самих пациентов, им очень важна. Заметно изменяется настроение, когда пациента навещают. Пациенты, к которым

Таблица

Структура мотивации к избеганию неудач пациентов с ОНМК и условно здоровых

Уровень мотивации избегания неудач	Пациенты с ОНМК (N=50)	Условно здоровые (N=42)
Низкий	5 (10%)	6 (14,3%)
Средний	22 (44%)	22 (52,4%)
Умеренно высокий	14 (28%)	8 (19%)
Слишком высокий	9 (18%)	6 (14,3%)

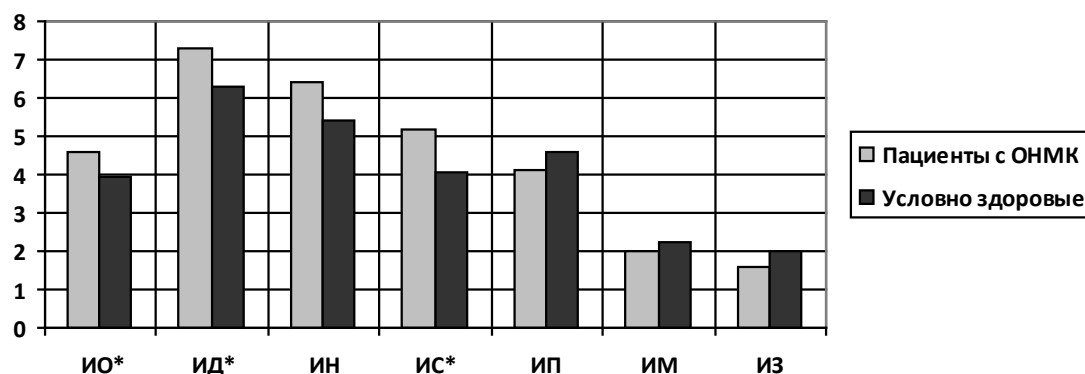
Как показано в таблице, в группе выборки пациентов с ОНМК большее число показателей, располагается на среднем (44%) и умеренно высоком (28%) уровне, в группе условно здоровых преобладает средний (52,4%) уровень мотивации избегания неудач. Однако при проведении сравнительного анализа значимых различий в группах больных ОНМК и здоровых не выявлено.

Люди с высоким уровнем избегания неудач будут тщательно взвешивать свои возможности, колебаться при принятии решения. Они обладают низким уровнем предрасположенности к риску, восприятия критики, неадекватным уровнем притязаний, неустойчивой самооценкой. Показатели среднего уровня мотивации к избеганию неудач могут свидетельствовать о том, что в определенных ситуациях данные пациенты способны правильно оценивать свои возможности, но при этом они могут колебаться в принятии решения и бояться критики.

При анализе показателей восприятия социальной поддержки установлено, что средние значения различаются у больных и условно

никто не приходит, озлоблены, угрюмы, часто находятся в подавленном настроении. Часто эмоциональную разрядку производят на медицинском персонале.

При оценке уровня субъективного контроля выявлено, что у больных ОНМК наиболее высокие показатели отмечаются по шкалам: общей интернальности (ИО), интернальность в области достижений (ИД), интернальность в области неудач (ИН), интернальность в семейных отношениях (ИС), а наиболее низкие показатели по шкалам интернальность в области межличностных отношений (ИМ), интернальность в области здоровья и болезни (ИЗ). Это говорит о том, что пациенты имеют сложности при заболевании в установлении межличностных контактов, страх ответственности за отношения с окружающими. Низкая интернальность в области здоровья говорит, что человек считает здоровье и болезнь – как дело случая и верит в то, что выздоровление зависит от действий других людей, прежде всего врачей. При сравнении с группой здоровых получены значимые различия по шкалам ИО, ИД, ИС (см. рис.).



\* $p < 0,05$ .

Рис. Различия по показателям уровня субъективного контроля у пациентов, перенесших ОНМК и группой условно здоровых, средние значения.

В группе пациентов с ОНМК достоверно выше показатели по шкале общей интернальности ( $4,56 \pm 0,88$ ), чем у в группе здоровых ( $3,92 \pm 1,06$ );  $p < 0,05$  (критерий Манна–Уитни). Это означает, что пациенты, перенесшие ОНМК чаще обладают интернальным локус-контролем. Интерналы считают, что большинство важных событий в их жизни было результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, а также брать ответственность за себя и собственную жизнь. Низкие показатели по шкале общей интернальности соответствуют низкому уровню субъективного контроля, то есть условно здоровые из нашей выборки обладают чаще экстернальным локус-контролем. По шкале интернальность в области достижений ( $p < 0,05$ , критерий Манна–Уитни) выше показатели в группе пациентов с ОНМК ( $7,32 \pm 1,66$ ), чем в группе здоровых ( $6,31 \pm 1,22$ ). Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добились всего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом добиваться своего в будущем. По шкале интернальности в семейных отношениях ( $p < 0,05$ , критерий Манна–Уитни) ниже показатели в группе условно здоровых ( $4,07 \pm 2,28$ ), чем в группе пациентов с ОНМК ( $5,2 \pm 2,36$ ). Это означает, что они чаще перекладывают ответственность на партнеров и считают их причиной возникновения значимых ситуаций в их семейной жизни. Пациенты чаще считают себя ответственными за происходящие события в жизни собственной семьи.

При проведении корреляционного анализа с использованием коэффициента Спирмена для поиска взаимосвязи комплаентности, мотивации на достижение успеха и избегания неудач с уровнем субъективного контроля, приверженности к лечению, социальной поддержки у пациентов, перенесших ОНМК. Получены следующие взаимосвязи приверженность лечению и мотивацию ( $r=0,29$ ; при  $p < 0,05$ ), социальная поддержка друзей со шкалами: общая интернальность ( $r=0,4$ ; при  $p < 0,01$ ), интернальность в области здоровья ( $r=0,44$ ; при  $p < 0,01$ ), интернальность в области производственных отношений ( $r=0,38$ ; при  $p < 0,01$ ), интернальность в области достижений ( $r=0,33$ ; при  $p < 0,05$ ), приверженность лечению ( $r=0,43$ ; при  $p < 0,05$ ), мотивация к успеху ( $r=0,3$ ; при  $p < 0,05$ ). Также получена обратная связь мотивации к избеганию неудач с интернальностью в области здоровья ( $r = - 0,28$ ; при  $p < 0,05$ ) и приверженностью лечению ( $r = - 0,35$ ; при  $p < 0,05$ ).

В результате корреляционного анализа выявлена прямая взаимосвязь между показателями приверженность лечению и социальная поддержка друзей, мотивация к успеху, избегание неудач; социальная поддержка друзей со шкалами: общая интернальность, интернальность в области здоровья, интернальность в области производственных отношений, интернальность в области достижений, мотивация к успеху.

Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что социальная поддержка друзей влияет как на саму личность, так и на жизнь человека. Социальная поддержка играет двойную роль в повышении приверженности

терапии: во-первых, наличие другого человека помогает сформировать репрезентацию заболевания, более созвучную желанию быть приверженным лечению; во-вторых, служит напоминанием о необходимости соблюдения режима. Кроме того, социальная поддержка помогает пациентам справиться с возможными побочными эффектами и тем самым может увеличивать их приверженность. Можно предположить, что если человек осуществляет определенный порядок действий в целях улучшения своего здоровья, имеет социальную поддержку значимых людей, то его вера в собственные возможности значительно укрепляется и может быть перенесена в другие жизненные ситуации, в том числе в межличностные отношения, которые могут служить мотивом для выздоровления.

При анализе данных все пациенты были разделены в подгруппы в зависимости от уровня приверженности лечению (низкий, средний, высокий). Выявлены более высокие показатели по критерию социальная поддержка друзей ( $3,3 \pm 1$ ), значимых других ( $3,4 \pm 0,88$ ) у пациентов с высоким уровнем приверженности лечению, чем ( $2,67 \pm 0,93$ ) – поддержка друзей и ( $3,21 \pm 1,2$ ) – поддержка значимых друзей у пациентов с низким уровнем приверженности, но при проведении сравнительного анализа достоверных данных не выявлено. При проведении сравнительного анализа получено достоверное отличие показателей избегания неудач с более высокими показателями в группе пациентов с низким уровнем приверженности лечению.

Более высокие показатели в группе пациентов с низким уровнем приверженности лечению по критерию избегание неудач может означать следующее: мотив избегания неудачи связан с тревожностью и защитным поведением. Болезнь препятствует достижению целей, изменяет восприятие настоящего, будущего. Она содержит угрозу утраты жизни, здоровья и трудоспособности, изменения личностного и социального статуса. Поэтому у пациентов часто происходит переоценка личностных ценностей и мотивации, вырабатываются противоречивые способы целеобразования: с одной стороны, они могут ставить слишком далекие, нереальные, заведомо оторванные от жизни цели; с другой стороны, в конкретной, повседневной деятельности обычно движимы мотивацией избегания неудач, боязнью риска [3].

Склонность к тревоге и разумной осторожности предполагает повышение интереса к информации о негативных явлениях заболевания и принимаемых препаратов, то есть формируется осторожность в отношении приема препаратов и отношении «врач-пациент». Несоблюдение рекомендаций пациентами из-за низкой мотивации к лечению значительно снижает успех терапии и выздоровления.

При проведении сравнительного анализа по шкалам методики «Уровень субъективного контроля» с использованием критерия Манна–Уитни установлено достоверное отличие показателя «интернальность в области производственных отношений» с более высокими показателями в группе пациентов с высоким уровнем приверженности лечению. При проведении анализа данных установлено, что по всем шкалам методики «Уровень субъективного контроля» выше результаты в группе с высоким уровнем приверженности лечению в сравнении с низким уровнем.

При проведении сравнительного анализа с использованием критерия Манна–Уитни установлено достоверное отличие показателя интернальность в области производственных отношений с более высокими показателями в группе пациентов с высоким уровнем приверженности лечению. Более высокие показатели в группе пациентов с высоким уровнем приверженности лечению по интернальности в области производственных отношений, можно трактовать так: высокий балл ( $5,8 \pm 1,02$ ) по интернальности в области производственных отношений свидетельствует о том, что человек считает себя, свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности. Одним из важнейших психологических предикторов комплаентности является самооффективность. Высокая самооффективность пациентов, способствует самостоятельному контролю за процессом лечения и необходимыми врачебными предписаниями, расширению знаний о собственном заболевании, осмыслению необходимости процесса лечения, а также способствует сохранению оптимистического настроя.

Статистический анализ выявил достоверное ( $p < 0,01$ ) различие между показателями двух групп по методике «Мотивация к избеганию неудач» и тенденцию ( $p < 0,05$ ) к различию по социальной поддержке значимых других, а также по методике «Приверженность лечению»; также выявлено

достоверное ( $p < 0,01$ ) различие между показателями двух групп по методике «Мотивация к избеганию неудач» и тенденцию ( $p < 0,05$ ) к различию по социальной поддержке значимых других, а также по методике «Приверженность лечению». Таким образом, можно заключить, что приверженность лечению и социальная поддержка друзей выше в группе пациентов со слишком высоким уровнем приверженности, а в группе пациентов с высоким уровнем мотивации к успеху выше показатель по избеганию неудач. Это можно объяснить тем, что пациенты, имеющие слишком высокий уровень мотивации к успеху, привержены лечению, а также имеют и высокий уровень поддержки значимых других.

Ресурсный потенциал отношений со значимым другим проявляется в том, что актуализация образа значимого другого в сознании личности усиливает тенденцию выбора проблемно-ориентированных стратегий совладания и ослабляет выраженность эмоционально ориентированных и избегающих стратегий. Значимый другой является важной составляющей процесса переживания трудной жизненной ситуации и выбора стратегий совладания с ней.

*Выводы.* Главной причиной низкого уровня комплаентности больного является его отношение к собственному заболеванию, недоверительное отношение к врачу и проводимой терапии. При низком уровне приверженности наблюдается стратегия избегания неудач, низкие показатели по социальной поддержке и по уровням достижений. Стратегия избегания неудач – это нежелание подвергать себя риску и выходить из зоны комфорта. Люди, принимающие такую стратегию, занимают позицию наблюдателя. У пациентов с низким уровнем приверженности лечению наблюдаются сложности в общении – уход в защиту, демонстрация беспомощности, симуляция неспособности, принятие позиции жертвы. Высокий уровень приверженности к лечению формируют мотивация к успеху, общая интернальность, интернальность в области достижений. Все эти компоненты являются своего рода «ключом» понимания направленности личности на достижение определенного статуса, цели, результата деятельности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Бойко А.Н., Сидоренко Т.В., Щукин И.А. Приверженность основной терапии у больных с постинсультной депрессией // *Неврологический журнал*. 2011. № 4. С. 54–59.
2. Конобеева Е.В., Шварц Ю.Г., Корсунова Е.Н., Гафанович Е.Я. Возможности повышения осознанной мотивации пациентов кардиологического профиля. Использование рекомендованных стандартизованных рекомендаций // *Фундаментальные исследования*. 2013. № 9-1. С. 58–61.
3. Менделевич В.Д. Восприятие и переживание боли сквозь призму психической болезни // *Неврологический вестник*. 2014. №3. С. 34–41.
4. Менделевич В.Д. Спектры психических расстройств и проблема терапевтического релятивизма // *Неврологический вестник*. 2017. №4. С. 11–20.
5. Сиволап Ю.П., Дамулин И.В. Кофеин и болезнь Альцгеймера // *Неврологический вестник*. 2017. №4. С. 5–10.
6. Стародубцева О.С., Бегичева С.В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий // *Фундаментальные исследования*. 2012. №8 (2). С. 424–427.
7. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / Психологическая диагностика отношения к болезни. Л., 1990. С. 32–38.
8. Ibrahim M.M., Damasceno A. Hypertension in developing countries // *Lancet*. 2012. Vol. 380(9841). P. 611–619. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60861-7.
9. Ikama M.S., Nsitou B.M., Loumouamou M. et al. Drug compliance and its factors in a group of hypertensive Congolese // *Pan Afr Med J*. 2013. Vol. 15. P. 121.
10. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension // *Blood Press*. 2013. Vol. 22(4). P. 193–278.
11. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // *N. Engl. J. Med*. 2005. Vol. 353 (5). P. 487–497.
12. Spencer J., Philips E., Ogedegbe G. Knowledge, attitude, beliefs and blood pressure control in a community-based sample in Ghana // *Ethn Dis*. 2005. Vol. 15. P. 748–752.

#### REFERENCES

1. Gusev E.I., Boiko A.N., Sidorenko T.V., Shchukin I.A. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2011. № 4. pp. 54–59. (in Russian)
2. Konobeeva E.V., Shvarts Yu.G., Korsunova E.N., Gafanovich E.Ya. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2013. № 9-1. pp. 58–61. (in Russian)
3. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2014. №3. pp. 34–41. (in Russian)
4. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2017. №4. pp. 11–20. (in Russian)
5. Sivolap Yu.P., Damulin I.V. *Nevrologicheskii vestnik*. 2017. №4. pp. 5–10. (in Russian)
6. Starodubtseva O.S., Begicheva S.V. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2012. №8 (2). pp. 424–427. (in Russian)
7. Tkhostov A.Sh., Arina G.A. In: *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni*. Leningrad, 1990. pp. 32–38. (in Russian)

Поступила 31.01.19.