

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ
РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ*Надежда Валентиновна Васильева, Евгений Львович Николаев**Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
кафедра социальной и клинической психологии,
428015, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15, e-mail: pzdorovie@bk.ru*

Реферат. Приведен анализ научных сообщений о психологических особенностях больных рассеянным склерозом в связи с их личностными чертами и личностным профилем, гендерной спецификой при болезни, стрессовыми реакциями, психологическими защитами, копинг-стратегиями. Описан характер личностных изменений при данном заболевании. Рассмотрены особенности внутренней картины болезни и социальных отношений у больных рассеянным склерозом.

Ключевые слова: рассеянный склероз, личность, стресс, психологические защиты, копинг, внутренняя картина болезни, социальное взаимодействие.

INDIVIDUAL AND PERSONAL CHARACTERISTICS
OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Nadezhda V. Vasilyeva, Evgeni L. Nikolaev

The Ulianov Chuvash State University, Department of Social and Clinical Psychology, 428015, Cheboksary, Moskovsky pr., 15, e-mail: pzdorovie@bk.ru

The analysis of research for psychological characteristics in patients with multiple sclerosis that are related to their personality traits and personality profiles, gender specificity of the disease, stress reactions, psychological defense mechanisms, coping strategies is given. The character of personality changes in patients is described. Peculiarities of disease image and social relationship are reviewed.

Key words: multiple sclerosis, personality, stress, psychological defense mechanisms, coping, disease image, social relationship.

Существует большое число исследований, посвящённых изучению когнитивных нарушений у больных рассеянным склерозом (РС). Гораздо меньше внимания уделяется изучению личностных особенностей и изменений личностных характеристик у больных с этим хроническим неврологическим заболеванием. В данном обзоре представлен анализ имеющихся в современной научной литературе характеристик индивидуально-личностных особенностей больных РС, более полное представление о которых может способствовать повышению эффективности лечения и реабилитации больных РС.

Особенности личности больного РС. Одним из наиболее подробных описаний особенностей личности больных РС является их характеристика немецким психотерапевтом Н. Пезешкианом, который наделяет их такими личностными чертами, как стремление угождать требованиям окружающих, желание скрыть факт своего заболевания из-за стыда и ощущение невозможности поделиться с окружающими информацией о характере своей болезни. Детство таких больных, по его мнению, проходит в условиях строгой родительской критики с ориентацией на успех. Взрослые больные становятся высокочувствительными и ранимыми, плохо переносят насмешки окружающих, проявляют повышенное чувство справедливости, но в то же время стараются сдерживать свою агрессию по отношению к другим, нередко чувствуют себя беспомощными и бесполезными [9].

Описано, что больным с дебютом РС свойственны повышенная реактивная и личностная тревожность, напряженность, конфликтность, избыточная требовательность к окружающим, неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией и неблагоприятная оценка будущего, фиксация на симптомах болезни [6].

В более поздних исследованиях больных РС с помощью опросника Фридмана и Роземана и шкалы EDSS показано, что существуют значимые различия в личностных особенностях больных — 65% из них относятся к типу личности А и 35% — к типу личности В. Связей с полом больного и его семейным положением не выявлено, но определено, что при более высоких показателях EDSS (более 4,5 балла) среди больных преобладает личностный тип А. Ученые приходят к выводу, что для больных РС более характерен личностный тип поведения А, который соотносится с высоким уровнем стресса, нервозности, тревоги, а также с высокими показателями шкалы EDSS [29].

Результаты изучения американскими учеными взаимоотношений между объемом серого вещества головного мозга и нейропсихологическими симптомами у больных РС свидетельствуют, что невысокий уровень добросовестности и высокий уровень нейротизма связаны с риском когнитивных осложнений у больных РС, который, в свою очередь, связан с объемом серого вещества головного мозга и состоянием эйфории у больных [18].

В исследовании Л.А. Кузнецовой и др. показано, что при РС по мере возрастания тяжести заболевания отмечено уменьшение числа больных с алекситимией, что объясняется изменением у больных с тяжелыми формами течения заболевания системы ценностных ориентаций и особенностей мировосприятия [5].

Характер личностных нарушений при РС. По данным психологического исследования больных РС А.В. Субботиным и др., у них определяются высокая напряженность, низкая психическая активация, показатели комфортности и интереса также снижены [15]. Группа исследователей РС из Института мозга человека РАН в Санкт-Петербурге считает, что психологические нарушения у больных РС затрагивают различные стороны психической деятельности как осознанные, так и неосознанные – интеллектуально-мнестические функции, эмоционально-личностную сферу, «образ Я», субъективные отношения личности, «внутреннюю картину болезни» [11, 12, 16].

По данным Е.В. Алексеенко и др., у больных РС имеют место изменения психологического состояния в виде аффективных нарушений в форме повышенной тревожности. У двух трети больных эти изменения проявляются выраженной тревожностью, у каждого второго – ригидностью и интроверсией. Легкие депрессивные и субдепрессивные расстройства встречаются у 4 из 5 больных РС. Полученные данные расширяют представления о психологических механизмах нарушений личности у пациентов с РС [1].

Нарушения адаптации личности у больных РС выражены в заострении личностных характеристик, психической напряженности, снижении психической активности, которые проявляются на уровне поведения и субъективных переживаний. По результатам анализа усредненного профиля СМОЛ, у больных РС наблюдаются повышенная эмоциональная напряженность, ипохондричность, склонность к фиксациям, сниженному

фону настроения, тревожности и конфликтности. Также имеются признаки, отражающие заострение возбудимых черт личности [13].

У многих больных РС определяются нарушение телесного «образа Я», повышенное эмоциональное напряжение, тревога, что может отражать неприятие телесных проблем. Нарушение телесного образа может объясняться как поражением структур головного мозга, так и являться неосознаваемой проекцией внутриличностных конфликтов, связанных с самим заболеванием [12].

Гендерные особенности личности при РС. Исследователями отмечено, что женщины, страдающие РС, общительны, открыты и в решении проблем, связанных с течением заболевания, склонны опираться на свое ближайшее социальное окружение. Мужчины, наоборот, предпочитают самостоятельно принимать решения, проявляя стабильность эмоционального состояния как такового и хорошее умение владеть собой [8].

Исследование, проведенное в Швеции, показало, что значит для женщин с РС чувствовать себя хорошо. По результатам феноменологической герменевтической интерпретации интервью с 15 пациентками с РС определено, что хорошее самочувствие для них – это жить в определенном повседневном ритме, ощущение контроля над болезнью и того, что болезнь не является доминирующим опытом и переживанием. Данные результаты могут быть использованы в работе с женщинами, страдающими РС [26].

Психологические защитные механизмы у больных РС. Учеными выявлено наличие соотношений таких личностных характеристик при РС, как тип эмоционального реагирования и системы психологических защитных механизмов с относительными оценками скорости метаболизма глюкозы в участках корковых и подкорковых структур обоих полушарий, относящихся к различным системам головного мозга. Ведущую роль в этих соотношениях играют лобные, височные и теменные области коры, а также структуры лимбического круга (миндалина и гиппокамп). Полученные данные свидетельствуют о роли преимущественно левого полушария в реализации разных типов эмоционального реагирования личности, а правого – в обеспечении системы психологических защитных механизмов [11].

Исследование Л.А. Кузнецовой и др. показало, что при РС «подключаются» бессознательные защитные механизмы отрицания и вытеснения, выводящие из сферы сознания человека травмирующую по своему содержанию инфор-

мацию [5]. Кроме того, более чем у двух трети больных РС присутствуют нарушения эмоционально-личностной сферы. Ведущими психологическими защитными механизмами у них являются проекция, интеллектуализация, отрицание, регрессия при повышенной напряженности всей системы психологических защит [12].

Роль стресса при РС. По данным S. Kern, больные РС в начальной стадии заболевания значительно различаются по показателям психологического дистресса в сравнении с контрольной группой. Психологический дистресс у этих больных связан с неврологическими ограничениями, но он также присутствует и у пациентов с минимальным или даже отсутствием неврологических ограничений. Психологический дистресс можно считать независимым предиктором качества жизни у больных РС [24].

Психопатологические осложнения при РС тесно коррелируют с возрастом начала заболевания и тяжестью состояния больного. Кроме того, более высокий уровень направленной на себя враждебности, обращение к неадаптивным эго-защитам и ослабленная сила Эго также тесно связаны с некоторыми формами психологического дистресса, в частности с депрессивными симптомами. Данные специфические маркеры личности могут указывать на истощение ресурсов пациента по совладанию с физическим и психологическим стрессом, вызванным заболеванием, и должны учитываться клиницистами [23].

Все большее число исследований по РС свидетельствует о негативном влиянии психологического стресса на течение заболевания. Исследование A. Ožura, S. Sega направлено на изучение профиля депрессии, возможностей по преодолению стресса и воспринимаемого дистресса у больных РС методом чернильных пятен Роршаха. В сравнении с контрольной группой у больных РС наблюдаются статистически более низкий потенциал преодоления стресса, сложности обработки информации, измененный образ тела, сниженная готовность реагировать на эмоциональные стимулы и уменьшение межличностного интереса. К удивлению, у больных уровень воспринимаемого стресса ниже, чем в группе контроля. Показатели по методике чернильных пятен Роршаха также не взаимосвязаны с состоянием тяжести больного по шкале EDSS [28].

Больным РС присущи выраженная потребность в общении и постоянная готовность к ее удовлетворению. Им характерна предрасположенность к стрессовому реагированию на

обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу. Отмечено наличие тревожности, скованности, неуверенности. Им свойственны наличие усталости, расстройство сна и быстрая утомляемость. Рассеянный склероз приводит к возникновению психотравмирующих ситуаций из-за формирования устойчивого неврологического симптомокомплекса [8].

Особенности копинга при РС. В основе копинга лежит соотношение между условиями среды и имеющимися у человека ресурсами для ответа на эти условия; устойчивые паттерны копингов образуют так называемые копинг-стратегии. По преобладанию того или иного типа копинг-стратегий у пациента с РС можно определять приверженность к лечению препаратами ПИТРС, а также прогнозировать дальнейшее течение заболевания [3].

В исследовании больных РС немецкими учеными при помощи корреляционного анализа и иерархической регрессии установлена прогностическая значимость влияния волевых компетенций на депрессию с учетом демографических и клинических параметров. Регрессионный анализ депрессивных проявлений по шкале CES-D позволяет разработать статистическую модель, согласно которой 68% разброса объясняется ежедневными стрессовыми ситуациями, саморегуляцией, усталостью и уровнем образования больных. Полученные результаты позволяют предположить, что личностно обусловленные сознательные компетенции совладания, вызываемые ежедневными стрессовыми ситуациями, могут быть важным фактором депрессивных состояний у больных РС. Тем не менее необходимы дальнейшие исследования для уточнения специфических для больных РС факторов стресса [25].

Относительно копинг-стратегий больных РС стоит заметить, что они менее склонны использовать положительные и проблемно-ориентированные стратегии, а более – стратегии избегания. В то же время отсутствуют достоверные различия в копинг-стратегиях у когнитивно сохранных лиц и больных с когнитивными нарушениями [19].

В работе B. Goretti et al. у больных РС не выявлено влияния когнитивных нарушений на копинг-стратегии. Вместе с тем пациенты, испытывающие трудности с выполнением заданий на внимание и в исполнительных функциях, менее склонны обращаться к позитивным копинг-стратегиям [20].

Изучение немецкими учеными во главе с C.G. Naase особенностей нейропсихологического

дефицита и копинг-стратегий у больных РС с учетом тяжести клинического состояния показало отсутствие существенных различий между группами пациентов, которые предпочитают активные (EDSS < или = 1) или отвлекающие (EDSS > или = 2) стратегии копинга. Установлены положительные связи между уровнем депрессивных показателей и депрессивными, а также отрицательными копинг-стратегиями. С увеличением когнитивного дефицита у больных РС возрастает уровень депрессии без какой-либо специфической связи с конкретными копинг-стратегиями, что требует индивидуального нейропсихологического терапевтического подхода к больным для помощи в ситуации когнитивного дефицита и улучшения социального функционирования [21].

Одним из проективных методов изучения особенностей личности является метод чернильных пятен Роршаха. Проведенное словенскими учеными исследование 51 больного РС обоюбого пола позволило получить новые данные о специфике их внутренних переживаний. Установлено, что больные РС воспринимают себя как менее компетентные, чем другие, за счет снижения чувства собственного достоинства. Значительная их часть ориентируется на избегающий стиль совладания с проблемами. Полученные данные обозначают особые потребности, которые имеют больные РС в связи с упрощенным стилем обработки информации, в том числе потребности в общении с медицинскими работниками, принятии решений в отношении лечения, его планирования и соблюдения. Данную личностную специфику больных РС важно учитывать не меньше, чем когнитивные изменения [27].

Больным РС присущ невротический синдром астенического типа, однако не отмечено ярко выраженного депрессивного синдрома. В их эмоциональном состоянии в отношении к себе и окружающим отсутствуют элементы сниженного настроения и подавленности. Наоборот, пациенты активны и готовы сотрудничать с медиками и близкими людьми, чтобы преодолеть или уменьшить негативные проявления заболевания, значительно снижающие качество их жизни [8].

М.В. Чурюкановым и др. в ходе исследования клинических и психологических особенностей у пациентов с центральным болевым синдромом при РС установлено, что у этих больных имеется высокий уровень катастрофизации, соматизации, психотицизма и они используют неадаптивные стратегии преодоления боли, способные вносить существенный вклад в формирование клинической симптоматики [17].

Внутренняя картина болезни у больных РС. Для минимизации выраженного тревожного состояния больные РС с тревожной базовой predisпозицией используют подсознательный механизм защитного поведения, проявляющийся в ограничительном поведении и избегании неуспеха, что блокирует реализацию личностных потребностей больного в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях и ведет к формированию депрессивной реакции и социальной дезадаптации. При тревожном реагировании на факт наличия болезни у больных формируется преимущественно тревожное отношение к болезни, при ограничительном поведении – обсессивно-фобическое отношение к болезни. Блокировка потребностей в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях ведет к развитию ипохондрического и эгоцентрического отношения к болезни [2].

Выявлено, что у больных РС преобладают следующие типы отношения к болезни: эргопатический, неврастенический, анозогнозический. При эргопатическом и анозогнозическом типах социальная адаптация существенно не нарушается, при анозогнозическом типе внутренней картины болезни больные отказываются от обследования и лечения, приписывая проявления болезни случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Неврастенический тип характеризуется психической дезадаптацией интрапсихической направленности. Аффективная сфера у больных с этим типом проявляется в дезадаптивных реакциях по типу раздражительной слабости, подавленном, угнетенном состоянии [8].

Результаты детального изучения внутренней картины болезни у больных РС приведены в диссертационном исследовании В.И. Семиволос. Установлено, что для больных РС характерно доминирование смешанного (30%), сенситивного (20%), эргопатического (20%) и диффузного (14%) типов отношения к болезни. Дезадаптивные типы отношения к заболеванию (смешанный, сенситивный, диффузный, тревожный, паранойяльный) отмечены у большинства (66%) больных. При дезадаптивных типах отношения к заболеванию (сенситивном, смешанном и диффузном) у больных РС имеют место значительные эмоционально-личностные нарушения, особенно выраженные при диффузном типе. Очаги демиелинизации в мозолистом теле связаны с дезадаптивными типами отношения к заболеванию [14].

Т.Н. Резникова и др. также выделяют у большинства больных РС гипнозогностический тип отношения к болезни с отрицанием и недооценкой симптомов болезни и предполагают, что такой тип реагирования на болезнь связан с изменениями активности метаболических процессов в лобных отделах коры головного мозга [10].

Исследователи отмечают, что у большинства больных РС определяется отрицательная модель прогноза и ожидаемых результатов лечения, наличие чувства бесперспективности в плане здоровья и несформированность целей и программ относительно заболевания [10].

Особенности социальных отношений при РС. Система субъективных отношений у больных РС нарушена и характеризуется снижением уверенности, повышением уровня тревоги, ослаблением коммуникативных навыков в отношении к себе, своей семье, противоположному полу и социальному окружению, что свидетельствует о снижении адаптивных возможностей личности [12]. У больных РС может определяться синдром социофобии, который создает для большинства из них трудности в социальной адаптации и снижает качество жизни. Они боятся осуждения со стороны других лиц, так как считают, что их могут принять за пьянц, наркоманов из-за особой моторики. Такие больные стараются меньше появляться в общественных местах, выбирают для передвижения менее людные улицы, максимально уменьшают количество встреч с другими людьми. При ремиттирующем течении РС у больных отмечаются тенденция к подавлению негативного аффекта, затруднения в его разрядке [5]. Что касается качества жизни при РС, то само заболевание оказывает существенное влияние на его основные составляющие, причем в большей степени у больных, принимающих иммуномодуляторы. Вероятно, это имеет место при более длительном течении заболевания и, как правило, имеющейся группе инвалидности и нетрудоспособности таких пациентов [4].

Психологическое состояние больных РС во многом связано с состоянием лиц, осуществляющих уход и заботу за ними. Так, в работе британских ученых N. Hughes, L. Locock, S. Ziebland показано, что ими являются супруги, партнеры, родители, дети, братья, сестры или друзья больных, которые страдают РС от 6 месяцев до 50 лет. В результате нарративного интервью с ухаживающими предложена таксономия деятельности по уходу, включающая эмоциональную поддержку, личную гигиену, физический уход,

решение бытовых задач, правовую поддержку, другую деятельность. Описаны четыре вида идентичности ухаживающего с гибкими или перекрывающимися границами: включенность, принуждение, поглощенность и отвержение [22].

По мнению Т.Н. Резниковой и др., описанные выше индивидуально-личностные особенности могут быть обусловлены как психогенными причинами, так и спецификой функционирования метаболических процессов головного мозга больных. Подобные соотношения чаще всего и могут характеризовать взаимовлияние клинической и психологической картины у больных РС [12], что подтверждается разнообразием психопатологических симптомов, наблюдаемых у больных РС, объясняемых различными точками зрения в отношении их происхождения [7].

Особо стоит подчеркнуть, что наиболее изученными индивидуально-личностными сторонами больных РС являются характеристики, связанные с их отдельными личностными чертами и личностным профилем, гендерными проявлениями личности при болезни, стрессовыми реакциями, психологическими защитами, спецификой копинг-стратегий и внутренней картины болезни, социальными отношениями и качеством жизни. Мы предполагаем, что более полный учет в лечебно-реабилитационной работе описанных индивидуально-личностных особенностей больных РС может значительно повысить ее качество и способствовать созданию индивидуально-ориентированных лечебно-реабилитационных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеенко Е.В., Сысоева О.С., Смагина И.В., Федянин С.А. Изменения психологического статуса у больных рассеянным склерозом // Бюлл. сибирской медицины. 2008. № 5. С. 11–13.
2. Бахтеева Т.Д., Марута Н.А. Депрессивные расстройства при рассеянном склерозе (клиника, диагностика, терапия) // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19, № 4 (69). С. 36–41.
3. Дибривная К.А., Ениколопова Е.В., Зубкова Ю.В., Бойко А.Н. Особенности совладающего поведения (копинг-стратегий) у больных рассеянным склерозом (обзор) // Журнал неврол. и психиат. 2013. Т. 113. № 2 (2). С. 48–52.
4. Кузнецова Е.Д. Исследование индекса общего психологического благополучия у больных рассеянным склерозом // Бюлл. медицинских Интернет-конференций. 2013. Т. 3, № 3. С. 763.
5. Кузнецова Л.А., Малкова Н.А., Шубина О.С. и др. Биоповеденческая терапия рассеянного склероза // Бюлл. СО РАМН. 2004. № 3. С. 92–97.
6. Лемешевская А.А. Эмоционально-личностные и когнитивные нарушения при рассеянном склерозе: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 32 с.

7. Матвеева Т.В., Менделевич В.Д., Речаник Д.П. Структура психических расстройств у больных рассеянным склерозом // *Неврологический вестник*. 2002. № 1-2. С. 69–73.
8. Пантюк И.В., Буко Н.С., Венглинская Т.В. Биологические и психологические факторы, влияющие на реабилитационный потенциал больных рассеянным склерозом / *Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии*. Минск, 2008. Вып.10. С.185–195.
9. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996. 464 с.
10. Резникова Т.Н., Краснов А.А., Селиверстова Н.А., Терентьева И.Ю. Исследование «внутренней картины болезни» у больных с органической и функциональной патологией ЦНС в процессе лечебных активаций методом артифициальных стабильных функциональных связей мозга человека // *Вестник клин. психол.* 2004. Т. 2, № 1. С. 84–90.
11. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Катаева Г.В. Особенности личности и межполушарная асимметрия мозга у больных рассеянным склерозом // *Неврологический вестник*. 2004. Т. 36, вып. 1-2. С. 46–52.
12. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Селиверстова Н.А., Хоменко Ю.Г. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом // *Журн. неврол. и психиатр.* 2007. Т. 107, № 7. С. 36–42.
13. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Селиверстова Н.А., Хоменко Ю.Г. Особенности адаптации личности больных рассеянным склерозом // *Неврологический вестник*. 2006. Т. 38, № 3-4. С. 30–35.
14. Семиволос В.И. Изучение особенностей внутренней картины болезни у больных рассеянным склерозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009. 25 с.
15. Субботин А.В., Семёнов В.А., Гетманенко И.М. и др. Использование психодиагностических методов при психокоррекционной работе с больными рассеянным склерозом // *Бюлл. сибирской медицины*. 2009. № 1 (2). С. 120–125.
16. Терентьева И.Ю. Особенности адаптации личности у больных рассеянным склерозом: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2005. 24 с.
17. Чурюканов М.В., Алексеев В.В., Кукушкин Н.Н., Яхно Н.Н. Психологические особенности пациентов с центральным болевым синдромом при рассеянном склерозе // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2011. № 2. С. 42–45.
18. Benedict R.H., Schwartz C.E., Duberstein P. et al. Influence of personality on the relationship between gray matter volume and neuropsychiatric symptoms in multiple sclerosis // *Psychosom. Med.* 2013. Vol. 75, № 3. P. 253–261.
19. Goretti B., Portaccio E., Zipoli V. et al. Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis // *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2010. Vol. 112. № 2. P. 127–130.
20. Goretti B., Portaccio E., Zipoli V. et al. Coping strategies, cognitive impairment, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis // *Neurol. Sci.* 2010. Vol. 31. Suppl. 2. P. 227–230.
21. Haase C.G., Lienemann M., Faustmann P.M. Neuropsychological deficits but not coping strategies are related to physical disability in multiple sclerosis // *Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci.* 2008. Vol. 258, № 1. P. 35–39.
22. Hughes N., Locock L., Ziebland S. Personal identity and the role of 'carer' among relatives and friends of people with multiple sclerosis // *Soc. Sci. Med.* 2013. № 96. P. 78–85.
23. Hyphantis T.N., Christou K., Kontoudaki S. et al. Disability status, disease parameters, defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis // *Int. J. Psychiatry Med.* 2008. Vol. 38, № 3. P. 307–327.
24. Kern S. Neurological disability, psychological distress, and health-related quality of life in MS patients within the first three years after diagnosis // *Mult. Scler.* 2009. Vol. 15, № 6. P. 752–758.
25. Nielsen-Prohl J., Saliger J., Guldberg V. et al. Stress-stimulated volitional coping competencies and depression in multiple sclerosis // *J. Psychosom. Res.* 2013. Vol. 74, № 3. P. 221–226.
26. Olsson M., Skär L., Söderberg S. Meanings of feeling well for women with multiple sclerosis // *Qual. Health. Res.* 2010. Vol. 20, № 9. P. 1254–1261.
27. Ozura A., Erdberg P., Segal S. Personality characteristics of multiple sclerosis patients: a Rorschach investigation // *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2010. Vol. 112, № 7. P. 629–632.
28. Ozura A., Segal S. Profile of depression, experienced distress and capacity for coping with stress in multiple sclerosis patients - a different perspective // *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2013. Vol. 115, Suppl. 1. P. 12–16.
29. Shaygannejad V., Dehnavi S.R., Ashtari F. et al. Study of type A and B behavior patterns in patients with multiple sclerosis in an Iranian population // *Int. J. Prev. Med.* 2013. No 4, Suppl. 2. P. 279–283.

REFERENCES

1. Alekseenko E.V., Sysoeva O.S., Smagina I.V., Fedyanin S.A. *Byulleten' sibirskoi meditsiny*. 2008. № 5. pp. 11–13. (in Russian)
2. Bakhteeva T.D., Maruta N.A. *Ukrains'kii visnik psikhonevrologii*. 2011. № 4 (69). pp. 36–41. (in Ukraine)
3. Dibrivnaya K.A., Enikolopova E.V., Zubkova Yu.V., Boiko A.N. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2013. № 2 (2). pp. 48–52. (in Russian)
4. Kuznetsova E.D. *Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsii*. 2013. № 3. p. 763. (in Russian)
5. Kuznetsova L.A., Malkova N.A., Shubina O.S. et al. *Byulleten' Sibirskogo otdeleniya Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk*. 2004. № 3. pp. 92–97. (in Russian)
6. Lemeshevskaya A.A. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Moscow, 2005. p. 32. (in Russian)
7. Matveeva T.V., Mendelevich V.D., Rechanik D.P. *Neurologicheskii vestnik*. 2002. № 1-2. pp. 69–73. (in Russian)
8. Pantyuk I.V., Buko N.S., Venglinskaya T.V. *Aktual'nye problemy nevrologii i neurokhirurgii*. Minsk, 2008. 10. pp. 185–195. (in Russian)
9. Peseschkian N. *Psikhosomatika i pozitivnaya psikhoterapiya*. Moscow: Meditsina, 1996. 464 p. (in Russian)
10. Reznikova T.N., Krasnov A.A., Seliverstova N.A., Terent'eva I.Yu. *Vestnik klinicheskoi psikhologii*. 2004. № 1. pp. 84–90. (in Russian)
11. Reznikova T.N., Terent'eva I.Yu., Kataeva G.V. *Neurologicheskii vestnik*. 2004. Vol. 36 (1-2). pp. 46–52. (in Russian)
12. Reznikova T.N., Terent'eva I.Yu., Seliverstova N.A., Khomenko Yu.G. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2007. № 7. pp. 36–42. (in Russian)
13. Reznikova T.N., Terent'eva I.Yu., Seliverstova N.A., Khomenko Yu.G. *Neurologicheskii vestnik*. 2006. № 3-4. pp. 30–35. (in Russian)
14. Semivolos V.I. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Saint-Petersburg, 2009. 25 p. (in Russian)
15. Subbotin A.V., Semenov V.A., Getmanenko I.M. et al. *Byulleten' sibirskoi meditsiny*. 2009. № 1 (2). pp. 120–125. (in Russian)
16. Terent'eva I.Yu. *Extended abstract of PhD dissertation (Psychology)*. Saint-Petersburg, 2005. p. 24. (in Russian)
17. Churyukanov M.V., Alekseev V.V., Kukushkin N.N., Yakhno N.N. *Nevrologiya, neiropsikhiiatriya, psikhosomatika*. 2011. № 2. pp. 42–45. (in Russian)

Поступила 29.12.14.